

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE DE DOCTORAT PRÉSENTÉE À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)
AU PROGRAMME EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

PAR
MARIE-CÉLINE VALLERAND-ROY

L'INFLUENCE DE LA PERSONNALITÉ DU PSYCHOLOGUE, DU CLIENT ET DE
LEUR RELATION SUR L'EMPATHIE SPÉCIFIQUE DU PSYCHOLOGUE ET SON
CONTRE-TRANSFERT LORS D'UNE RUPTURE THÉRAPEUTIQUE

JUILLET 2019

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

L'INFLUENCE DE LA PERSONNALITÉ DU PSYCHOLOGUE, DU CLIENT ET DE
LEUR RELATION SUR L'EMPATHIE SPÉCIFIQUE DU PSYCHOLOGUE ET SON
CONTRE-TRANSFERT LORS D'UNE RUPTURE THÉRAPEUTIQUE

PAR
MARIE-CÉLINE VALLERAND-ROY

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Olivier Laverdière, directeur de thèse
(Département de psychologie, Université de Sherbrooke)

Marie Papineau, évaluatrice interne
(Département de psychologie, Université de Sherbrooke)

Jean Descôteaux
(Département de psychologie, Université de Sherbrooke)

Sommaire

Le développement de l'alliance thérapeutique est un processus complexe impliquant la réparation des ruptures thérapeutiques, événements inévitables dans toute thérapie (Safran & Muran, 2000). Les ruptures thérapeutiques et les tensions qu'elles évoquent dans la relation ajoutent une pression supplémentaire sur les capacités de régulation affective du psychologue, nécessaires à la régulation de son contre-transfert et au maintien d'une posture empathique. L'empathie est l'une des composantes les plus importantes du processus thérapeutique puisqu'elle permet au psychologue de construire une relation de confiance et une alliance thérapeutique solide avec son client (Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018 ; Greenberg, 2017). L'objectif de cette recherche est d'étudier les facteurs qui contribuent aux difficultés empathiques et contre-transférentielles du psychologue durant une rupture thérapeutique avec un client. Pour ce faire, certains aspects de la personnalité du psychologue (narcissisme et empathie générale), de la personnalité du client (attachement) et de leur relation seront étudiés pour explorer leur impact sur l'empathie spécifique et le CT du psychologue lors d'une rupture thérapeutique avec un client. Afin de répondre aux objectifs de la recherche, 86 participants ont rempli des questionnaires autorévélés mesurant les variables nommées précédemment. Des analyses de modération et de médiation ont été effectuées afin de répondre aux objectifs et hypothèses formulés. Les analyses de modération ont montré que l'empathie générale du psychologue prédit de façon positive son empathie spécifique lors d'une rupture thérapeutique qui se résout et que la détresse personnelle est un prédicteur négatif de l'empathie spécifique lors de cette même condition de rupture. Les résultats montrent

également que le narcissisme vulnérable du psychologue est un prédicteur positif du contre-transfert positif lors d'une rupture qui se résout. La rupture thérapeutique ne modère pas les relations entre le narcissisme vulnérable et l'empathie spécifique du psychologue, ni celle entre le narcissisme vulnérable et le contre-transfert négatif. L'analyse de médiation à deux facteurs a montré que la détresse personnelle du psychologue prédit son empathie spécifique selon l'attachement désorganisé du client et le contre-transfert négatif du psychologue. Les résultats de cette étude ont mis en lumière l'importance de considérer les facteurs appartenant à la personnalité du psychologue et du client pour bien comprendre les processus thérapeutiques essentiels tels que l'empathie et le contre-transfert. Les résultats permettent également d'identifier des fragilités des psychologues et des clients qui participent à la détérioration de l'empathie spécifique et ainsi, enrichissent la réflexion sur les facteurs pouvant contribuer aux ruptures thérapeutiques.

Mots-clés : empathie spécifique, empathie générale, narcissisme vulnérable, rupture thérapeutique, contre-transfert, attachement, détresse personnelle

Table des matières

| | |
|---|------|
| Sommaire..... | iii |
| Table des matières..... | v |
| Liste des tableaux..... | vii |
| Liste des figures..... | viii |
| Remerciements..... | ix |
| Introduction..... | 1 |
| Contexte théorique..... | 6 |
| Alliance thérapeutique..... | 7 |
| Ruptures thérapeutiques..... | 9 |
| Empathie..... | 13 |
| Définition de l'empathie..... | 13 |
| Contre-transfert..... | 19 |
| Définition du contre-transfert..... | 19 |
| Liens théoriques entre l'empathie et le CT..... | 23 |
| Liens empiriques entre l'empathie et le CT..... | 26 |
| Narcissisme..... | 32 |
| Définition du narcissisme..... | 32 |
| Narcissisme grandiose..... | 36 |
| Narcissisme vulnérable..... | 37 |
| Modèle intégré du narcissisme..... | 39 |
| Les vulnérabilités narcissiques chez les psychologues..... | 40 |
| Liens théoriques entre le narcissisme, l'empathie et le CT..... | 42 |
| Détresse personnelle..... | 45 |
| Attachement du client..... | 49 |
| Définition de l'attachement..... | 49 |
| Liens empiriques entre l'attachement du client et l'alliance thérapeutique... | 54 |
| Attachement désorganisé, rupture thérapeutique et psychothérapie..... | 57 |
| Attachement désorganisé, CT et empathie spécifique..... | 58 |
| Conclusion sur les écrits..... | 61 |
| Objectifs et hypothèses..... | 64 |
| Méthode..... | 67 |
| Participants..... | 68 |
| Déroulement..... | 71 |
| Instruments..... | 72 |
| Questionnaire sociodémographique..... | 72 |
| Questionnaires des variables à l'étude..... | 73 |
| Questionnaire d'empathie de Toronto..... | 73 |
| Indice de réactivité interpersonnelle..... | 74 |
| <i>Barrett-Lennard Relationship Inventory</i> | 76 |
| Échelle du narcissisme hypersensible..... | 77 |
| Questionnaire du contre-transfert..... | 77 |

| | |
|--|-----|
| Le questionnaire d'attachement adulte..... | 79 |
| Création de variables et analyses statistiques..... | 79 |
| Résultats..... | 83 |
| Analyses préliminaires..... | 85 |
| Corrélations bivariées..... | 85 |
| Prémises des analyses de modération et de médiation..... | 86 |
| Analyses principales..... | 88 |
| Discussion..... | 97 |
| Retour sur les objectifs et hypothèses..... | 98 |
| Analyses de modération simple entre l'EG (total et DP) et l'ES selon la rupture thérapeutique..... | 99 |
| Lien entre l'EG et l'ES selon rupture..... | 100 |
| Lien entre la DP et l'ES selon la rupture..... | 105 |
| Réflexion concernant les effets conditionnels non significatifs..... | 108 |
| Lien entre le NV et l'ES selon rupture..... | 109 |
| Lien entre le NV et le CT- selon la rupture..... | 112 |
| Lien entre le NV et le CT+ selon la rupture..... | 114 |
| Lien entre la DP, l'attachement désorganisé, le CT- et l'ES..... | 118 |
| Implications scientifiques et cliniques..... | 126 |
| Limites et pistes de recherche future..... | 128 |
| Conclusion..... | 132 |
| Références..... | 135 |
| Appendice A : Lettres de présentation du projet de recherche..... | 158 |
| Appendice B : Formulaire d'information et de consentement..... | 160 |
| Appendice C : Questionnaire sociodémographique psychologue..... | 164 |
| Appendice D : Questionnaire sociodémographique client..... | 167 |
| Appendice E : Questionnaire d'attachement adulte..... | 169 |
| Appendice F : Questionnaire du contre-transfert..... | 173 |
| Appendice G : Compréhension empathique..... | 178 |
| Appendice H : Questionnaire d'empathie de Toronto..... | 180 |
| Appendice I : Indice de réactivité interpersonnelle..... | 182 |
| Appendice J : Échelle du narcissisme hypersensible..... | 185 |

Liste des tableaux

Tableau

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Distribution des participants selon les variables sociodémographiques..... | 70 |
| 2 | Corrélation entre les variables à l'étude..... | 88 |
| 3 | Résultats de la prédiction de l'empathie générale sur l'empathie spécifique selon la rupture thérapeutique..... | 89 |
| 4 | Résultats de la prédiction de la détresse personnelle sur l'empathie spécifique selon la rupture thérapeutique..... | 90 |
| 5 | Résultats de la prédiction du narcissisme vulnérable sur l'empathie spécifique selon la rupture thérapeutique..... | 92 |
| 6 | Résultats de la prédiction du narcissisme vulnérable sur le contre-transfert négatif selon la rupture thérapeutique..... | 93 |
| 7 | Résultats de la prédiction du narcissisme vulnérable sur le contre-transfert positif selon la rupture thérapeutique..... | 94 |

Liste des figures

Figure

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Prédiction de l'empathie spécifique selon l'empathie générale et la rupture thérapeutique..... | 90 |
| 2 | Prédiction de l'empathie spécifique selon la détresse personnelle et la rupture thérapeutique..... | 91 |
| 3 | Prédiction de l'empathie spécifique selon le narcissisme vulnérable et la rupture thérapeutique..... | 92 |
| 4 | Prédiction du CT- selon le narcissisme vulnérable et la rupture thérapeutique | 93 |
| 5 | Prédiction du CT+ selon le narcissisme vulnérable et la rupture thérapeutique..... | 95 |
| 6 | Prédiction de l'empathie spécifique du psychologue en fonction de sa détresse personnelle, de l'attachement de son client et du CT négatif..... | 96 |

Remerciements

Le chemin vers l'accomplissement de cette thèse a été pour moi semé d'embûches, de doutes, de colère, de peur, mais aussi d'excitation, de stimulation et de fierté. Je ne crois pas avoir encore vécu un projet aussi riche et intense en émotions. Un projet qui me poussait dans mes plus sombres retranchements. Ces retranchements, j'ai dû les explorer encore et encore pour les comprendre, les sentir, m'en approcher. Dans ce processus, j'ai dû m'approprier mon objet d'étude, rendre conscientes les motivations qui sous-tendaient mon intérêt et protégeaient ma vulnérabilité. C'est bien le seul moyen trouvé pour me dégager suffisamment de « cet objet d'étude » et enfin l'étudier et le mettre en mots.

Comme remerciements, je souhaite d'abord remercier mon conjoint, Félix. Félix, tu es présent depuis le début de mon cheminement doctoral, tu m'as vue sous tous mes angles, et donc sous tous mes travers. Je sais que tu n'aimes pas les mots quêtains, mais il faut bien que je te le dise : ta présence indéfectible représente ce qui est de plus précieux dans ma vie. Merci.

Je me dois également de souligner les mots tendres et encourageants de ma mère, Martine, la fierté et la confiance de mon père, Jocelyn, la grande amitié de mon frère, Jean-Denis, et la sensibilité de ma sœur, Léa. Tous, à votre façon, m'avez permis de maintenir le cap durant les grands moments de doute et de peur. Merci.

Merci à ma tante Christiane pour les lundis ludiques et si précieux. Merci à ma marraine Gabrielle pour ses encouragements constants. Merci à ma belle-famille, Marie, Georges, Amélie, Camille, Evelyne, Charles et Christophe pour les moments de bonheur, partagés si généreusement avec moi.

Mon processus de thèse est devenu plus stimulant qu'angoissant quand j'ai laissé de nouvelles personnes entrer dans ma vie, de façon authentique. Merci à Hugues et à Madame Paré pour leur patience, leur capacité à rester avec moi dans les moments les plus durs et pour leur amour sincère. Merci à mes amies qui malgré la distance se sont intéressées à mon processus et à ce que je vivais. Lisandre, Sophie, Émilie, Sara, Sandra, Camille, Julia, merci pour vos appels si importants pour moi.

Un merci à ma cohorte pour les beaux moments de folies : Lisandre, Anne-Marie, Catherine, Stéphanie, Gina, Franke, Laurie, Christine, Dave, Nadia. Merci à mes amies Thèsez-Vous : Rose, Pascale, Anne-Marie, Anne-Marie, Maude, Émilie, Kathleen, Maggy... Sans la structure et la « déstructure » de nos rencontres, jamais je n'aurais terminé.. Merci à mes collègues et amis de la clinique : Anne, Marie-Aude, Lucie, Stéphanie, Yves, Hugues et Marie-Josée. Vous avez su me soutenir d'une douce façon par nos discussions de cadre de porte, par nos vendredis festifs et par nos anecdotes de toilette défectueuse du samedi.

Un merci particulier à Geneviève, à Sophie et à Katrine. Merci les filles de votre aide concrète dans ma thèse. Un plus grand merci encore pour votre soutien dans des moments critiques de ma vie : la phase panique post-dépôt du projet de thèse, les multiples phases de découragement durant l'écriture et la phase inoubliable de mon premier internat.

Un énorme merci à Olivier, mon directeur de thèse. Je suis entrée dans ton bureau avec des idées un peu farfelues et chaotiques. Tu as su m'accompagner dans l'exploration de ces idées, dans l'angoisse inhérente à la recherche et dans la fierté d'écrire une thèse signifiante pour moi. Merci d'avoir respecté mon rythme, mon désir d'autonomie et mon besoin de soutien. Merci Olivier.

Finalement, merci à Jean et à Marie qui ont accepté de corriger cette thèse, malgré un horaire chargé. Vous avez été des figures marquantes pour la clinicienne que je deviens. Merci pour votre patience, votre empathie et votre considération. Nos supervisions ont été pour moi des moments réparateurs.

Introduction

L'empathie du psychologue est reconnue comme un des éléments essentiels à l'efficacité thérapeutique (Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018), à la formation de l'alliance et à la résolution des ruptures thérapeutiques (Safran & Segal, 1990). D'ailleurs, dans leur méta-analyse sur l'empathie spécifique, Elliott et al. (2018) rapportent que ce facteur explique 9 % de la variance de l'efficacité thérapeutique. Selon les connaissances actuelles sur l'empathie spécifique, ce facteur favorise la résolution des ruptures thérapeutiques en permettant l'exploration non défensive des émotions vécues dans la relation et une meilleure compréhension clinique des enjeux relationnels du client (Safran & Muran, 2000). La résolution des ruptures est un objectif thérapeutique en soi, puisqu'elle permet au psychologue et au client de construire une relation basée sur la confiance et la collaboration (Elliott et al., 2004) et ultimement, de modifier certains schémas relationnels dysfonctionnels du client (Mellado et al., 2017)

L'empathie partagée avec le contre-transfert (CT) un processus essentiel à la compréhension du monde affectif du client : l'identification (Tansey & Burke, 1989). Sans ce processus identificatoire, le psychologue ne serait pas en mesure de ressentir, de s'imaginer, de comprendre ou de signifier le monde interne de son client. L'émergence des ruptures thérapeutiques imposent cependant une tension importante sur les capacités de régulation affectives déjà grandement sollicitées par le travail d'identification du psychologue. Dans la présente étude, les ruptures sont considérées comme des événements

thérapeutiques inévitables (Safran & Muran, 2000) qui permettent d'atteindre une meilleure compréhension du client, si la dyade arrive à les réparer (Mellado et al., 2017) ou à une fin potentiel de la thérapie si les ruptures se cristallisent (Rhodes, Hill, Thompson, & Elliott, 1994). Ainsi, les ruptures thérapeutiques représentent à la fois une occasion de traitement importante et un écueil dangereux pour les processus identificatoires du psychologue. La visée de cette recherche est donc de comprendre les effets de deux types de rupture (*résolution et poursuite* ou *terminaison*) sur l'empathie spécifique du psychologue et sur son CT en prenant en compte différents facteurs de la personnalité du psychologue et du client.

Malgré l'engouement pour les recherches sur les ruptures thérapeutiques (Safran & Muran, 2000, 2006; Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011; Safran & Segal, 1990), peu de chercheurs ont intégré l'étude simultanée des caractéristiques du psychologue, du client et des variables relationnelles susceptibles d'influencer l'empathie spécifique du psychologue et son CT durant une rupture thérapeutique dans leur devis de recherche. D'ailleurs, l'étude des facteurs relationnels et personnels impliqués dans les processus thérapeutiques a été négligée dans la majorité des recherches

empiriques (Ackerman et al., 2001).

L'approche relationnelle ouvre la voie à de nouvelles perspectives de recherche (Hilsenroth, Cromer, & Ackerman, 2012; Safran & Muran, 2006; Safran, Muran, & Shaker, 2014) en incluant dans leur analyse des variables relationnelles et personnelles telles que l'empathie (Elliott et al., 2018), le transfert (Bradley, Heim, & Westen, 2005), le contre-transfert (CT) (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005; Colli & Ferri, 2015; Tanzilli, Colli, Del Corno, & Lingardi, 2016), l'attachement (Diamond et al., 2014; Diamond, Stovall-McClough, Clarkin, & Levy, 2003) et les caractéristiques personnelles du client et du psychologue (Hilsenroth, Cromer, & Ackerman, 2012 ; Taber, Leibert, & Agaskar, 2011). L'objectif général de cette recherche est donc de mieux comprendre les facteurs personnels du psychologue, du client et de leur relation qui influencent l'empathie spécifique du psychologue et son CT lors d'une rupture thérapeutique. Cette étude s'inscrit dans une perspective relationnelle et tente de mieux saisir la complexité des processus thérapeutiques en considérant différents facteurs susceptibles de les influencer.

Comme mentionné plus haut, le CT, tout comme l'empathie, implique une expérience d'identification avec son client (Tansey & Burke, 1989). Cette expérience d'identification qui peut avoir différentes sources et seront décrites plus en détail dans la section réservée au CT. Lorsque cette identification suscite l'activation des enjeux personnels du psychologue, les ressources affectives et cognitives généralement nécessaires à l'empathie sont mobilisées par l'émergence de son propre transfert.

Conséquemment, les ressources affectives et cognitives ne peuvent plus servir à la compréhension du transfert du client (Reich, 1960). L'un des enjeux personnels les plus fréquents chez les psychologues se trouve au centre de la profession de celui-ci et est intimement lié à l'empathie : le narcissisme (Chused, 2012). La nature même de la profession du psychologue met un poids considérable sur les enjeux narcissiques (Chused, 2012; Thomson, 1993) du professionnel. En effet, les psychologues, conformément à leur profession, ont accès aux contenus psychologiques intimes de leurs clients, qui espèrent et exigent parfois beaucoup de leur part. Cet accès privilégié à la vie intime du client, tout comme les attentes de résultat, de soulagement ou de rétablissement de ce dernier, peut activer les enjeux non résolus du psychologue en quête d'attention, de validation et d'amour et ainsi nuire à ses capacités empathiques et influencer son CT.

Une autre composante psychologique susceptible d'influencer l'empathie du psychologue durant une rupture thérapeutique est sa détresse personnelle (Batson, 2009) et la qualité de l'attachement de son client (Bateman & Fonagy, 2004). La capacité du psychologue à réguler sa réponse affective face à la détresse psychologique de son client pourrait influencer sa capacité à s'intéresser au monde de celui-ci.

En bref, cette recherche vise à mieux comprendre les relations entre ces différents facteurs, et leur impact sur l'empathie spécifique et le contre-transfert du psychologue lors d'une rupture thérapeutique. Cette recherche est divisée en cinq sections. La première comprend la définition des variables à l'étude (rupture thérapeutique, empathie, détresse

personnelle, narcissisme, CT et attachement du client), ainsi que les recherches empiriques appuyant les liens entre ces variables. Les objectifs de recherche et les hypothèses seront formulés à la fin du contexte théorique. La deuxième section comprend la méthode utilisée pour la cueillette de données, une description de l'échantillon, des instruments de mesure et des considérations méthodologiques. La troisième section permet de décrire les résultats obtenus à la suite des analyses statistiques. La discussion des résultats sera présentée dans la quatrième section. Finalement, la cinquième section permet de conclure la présente recherche.

Contexte théorique

Alliance thérapeutique

La perspective relationnelle a permis des avancées majeures quant à la compréhension des mécanismes impliqués dans la formation de l'alliance thérapeutique. En effet, les chercheurs de cette approche ne considèrent plus l'alliance comme une variable statique déterminée uniquement par des dispositions du client ou du psychologue, mais comme une variable dynamique, pouvant prendre différentes formes en cours de traitement (Colli & Lingardi, 2009; Owen & Hilsenroth, 2011; Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2000; Safran et al., 2011). Grâce à leurs efforts, certains constats importants sont maintenant bien acceptés dans la communauté scientifique. L'un d'entre eux soutient qu'une bonne alliance en début de traitement est associée à de meilleurs résultats thérapeutiques (Falkenström, Granström, & Holmqvist, 2013). De plus, il apparaît qu'une diminution de la qualité de l'alliance en cours de traitement peut être associée à de bons résultats thérapeutiques si la diminution de la qualité de l'alliance est suivie d'une réparation (Stevens, Muran, Safran, Gorman, & Winston, 2007; Stiles et al., 2004; Strauss et al., 2006). La qualité de l'alliance en début de thérapie ne serait donc pas un facteur suffisant pour expliquer les résultats thérapeutiques, il faudrait également considérer le processus de réparation de l'alliance lorsqu'une rupture émerge dans la relation.

Ruptures thérapeutiques

Les ruptures thérapeutiques se définissent par « un bris dans le processus collaboratif entre le client et le psychologue, par une détérioration de la qualité du lien entre le psychologue et le client, par une détérioration de la communication ou par un échec à installer un contexte propice à la collaboration » (Safran & Muran, 2006, p. 288) [traduction libre]. Lors d'une rupture, le psychologue et le client s'engagent dans une interaction improductive qui met en acte les schémas ou les dynamiques relationnelles dysfonctionnelles du client (Mellado et al., 2017) ou du psychologue, et les réponses inconscientes de l'autre partie à ces schémas (Safran, 1993). Bien que les ruptures thérapeutiques soient des événements inévitables dans toute thérapie (Safran & Muran, 2000), différents dénouements peuvent émerger du travail fait par la dyade pour réagir à la rupture. Typiquement, une rupture non résolue entraîne une détérioration de la qualité de l'alliance thérapeutique, une perte de confiance du client envers son psychologue et risque d'entraîner une terminaison hâtive de la thérapie (Rhodes, Hill, Thompson, & Elliott, 1994). Dans le cas contraire, si le psychologue et le client arrivent à résoudre la rupture, il s'ensuit une meilleure alliance de travail et l'émergence d'une nouvelle compréhension de la dynamique du client (Mellado et al., 2017). Dans la présente recherche, la rupture sera mesurée selon la qualité de sa résolution, c'est-à-dire concernant la possibilité du client et du psychologue à poursuivre leur travail de collaboration malgré la présence d'une rupture (*poursuite*) et sur la nécessité du client ou du psychologue à mettre fin au processus thérapeutique maintenant improductif ou inconfortable (*terminaison*).

Les ruptures explorées et suffisamment résolues par le psychologue et le client (*poursuite*) permettent de mieux comprendre la dynamique en place dans la relation et d'améliorer la connaissance de soi et d'introspection du client (Krause et al., 2007), ainsi que du psychologue (Safran & Muran, 2000). La résolution des ruptures est d'ailleurs corrélée avec de bons résultats thérapeutiques, une bonne alliance et la poursuite de la thérapie (Safran et al., 2011). Stiles et al. (2004) ont exploré l'impact de la résolution de rupture sur la diminution des symptômes dépressifs de clients avec un diagnostic de dépression. Les résultats montrent que la résolution des ruptures thérapeutiques était associée à une plus grande amélioration des symptômes dépressifs. Strauss et al. (2006) appuient également ces résultats. Les auteurs se sont intéressés à 30 clientes avec un trouble de la personnalité limite participant à une thérapie brève. Les clientes qui avaient vécu des épisodes de rupture et de réparation avec leurs psychologues voyaient leurs symptômes réduits de 50 %. La réparation des ruptures d'alliance serait donc un mécanisme de changement en soi, primordial au développement et au maintien d'une bonne alliance, et ce, pour différents types de psychopathologie. Elle représente également une occasion thérapeutique pour observer, comprendre et travailler sur les dynamiques dysfonctionnelles du client (Mellado et al., 2017).

Le processus de résolution de rupture thérapeutique est un élément essentiel à l'établissement d'une alliance thérapeutique solide et au changement thérapeutique (Barber, Muran, McCarthy, & Keefe, 2013). La résolution des ruptures thérapeutiques est

facilitée par l'empathie du psychologue (Kohut, 1984; Safran & Muran, 2000, 2006). L'empathie permettrait au psychologue de se dégager suffisamment de la rupture pour comprendre la fonction de l'émotion négative du client, tout en réfléchissant au rôle que joue le psychologue dans la rupture. Le psychologue pourrait ainsi nommer et reconnaître les émotions difficiles vécues dans la rupture et explorer les émotions vécues dans la rupture pour comprendre la signification de celles-ci (Safran & Muran, 2000, 2006; Safran & Segal, 1990). Ce dernier pourrait ensuite s'adapter aux besoins actuels du client en montrant une volonté et une ouverture à explorer la signification de la rupture, les émotions associées et le rôle qu'il joue avec son client dans cette interaction (Foreman & Marmar, 1985; Safran & Muran, 2000, 2006; Safran & Segal, 1990).

L'exploration des tensions dans la relation implique que la dyade soit confrontée aux émotions négatives du client, ce qui représente un défi important pour certains psychologues. Les psychologues menacés par la rupture auraient tendance à réagir à la tension en insistant sur le cadre théorique en place (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996; Critchfield, Henry, Castonguay, & Borkovec, 2007; Piper et al., 1999), notamment en augmentant la fréquence des interprétations (Piper, Azim, Joyce, & McCallum, 1991), évitant ainsi d'explorer les émotions évoquées par le client (Høglend et al., 2006). Ces psychologues, dépassés par l'intensité de la tension vécue dans la rupture auraient de la difficulté à maintenir un niveau d'empathie suffisant pour poursuivre le travail avec leur client. Des caractéristiques particulières et personnelles du psychologue semblent alors influencer la capacité de celui-ci à explorer le moment de rupture.

D'ailleurs différents auteurs ont étudié ces facteurs (Hill, Thompson, Cogar, & Denman III, 1993; Regan & Hill, 1992; Rennie, 1994; Rhodes et al., 1994). Ces auteurs se sont intéressés aux ruptures dont les tensions étaient insurmontables pour la dyade, empêchant le travail d'exploration et occasionnant une fin abrupte (*terminaison*).

Plus spécifiquement, ces auteurs ont identifié différents facteurs nuisant à la résolution des ruptures thérapeutiques et occasionnant des terminaisons hâtives. D'abord, un des facteurs nuisant à la résolution des ruptures est la nature et l'intensité des enjeux du psychologue (Mordecai, 1991). Ainsi, lorsqu'un enjeu personnel du psychologue est activé lors de la rupture, il pourrait être plus difficile pour ce dernier d'utiliser ses capacités de régulation affective nécessaires à la compréhension de son CT (Cutler, 1958) et au maintien de son empathie spécifique (Mordecai, 1991). Certaines dispositions, telles que le narcissisme (Ivey, 1995; Thomson, 1993) et la détresse personnelle (Batson, Fultz, & Schoenrade, 1987; Kim & Han, 2018) du psychologue pourraient nuire à sa capacité à réguler sa détresse et à maintenir une distance suffisante pour demeurer empathique, lors d'un moment à haute teneur émotionnelle. Du côté du client, les auteurs ont remarqué que plusieurs clients ont de la difficulté à nommer le malaise ressenti dans la relation (Hill et al., 1993; Regan & Hill, 1992 ; Rennie, 1994). Cette hésitation pourrait s'expliquer par la peur d'être critiqué par le psychologue, par un besoin de plaire, pour protéger l'estime du psychologue ou pour éviter d'apparaître ingrat (Rennie, 1994). Certains facteurs de la personnalité du client, notamment la qualité de son attachement, pourraient influencer sa capacité à explorer la rupture avec son psychologue (Diener & Monroe, 2011; Eames &

Roth, 2000; Satterfield & Lyddon, 1998). Les ruptures qui émergent dans une relation thérapeutique fragile ont tendance à ne pas être nommées par le client, à ne pas être détectées par le psychologue et à occasionner une terminaison hâtive (Rhodes et al., 1994).

La présence de l'empathie est une composante essentielle à la résolution des ruptures thérapeutiques (Safran & Muran, 2000, 2006; Safran & Segal, 1990). Elle permet au psychologue de tolérer les émotions difficiles vécues dans la relation, d'en comprendre leur fonction et ainsi, d'utiliser cette nouvelle compréhension pour leur donner un sens dans le fonctionnement personnel ou relationnel du client (Safran, Muran, & Samstag, 1994). La présente recherche vise à comprendre quels sont les facteurs qui influencent les CT et l'empathie spécifique du psychologue durant un moment de rupture afin d'explorer les mécanismes qui s'opèrent durant ce moment de tension. Les prochains paragraphes visent à définir l'empathie et le CT et à présenter les relations qui l'unissent à d'autres facteurs essentiels à la résolution de l'alliance : le narcissisme du psychologue, la détresse personnelle du psychologue et l'attachement du client.

Empathie

Définition de l'empathie

Les écrits sur la définition et les processus impliqués dans l'empathie demeurent controversés (Batson, 2009; Preston & de Waal, 2001; Spreng, McKinnon, Mar, & Levine, 2009). De façon générale, les auteurs s'entendent sur la présence d'une composante cognitive et affective, deux composantes distinctes qui s'influencent durant le processus

empathique (Preston & de Waal, 2001). L'empathie cognitive réfère à la capacité d'imaginer cognitivement l'expérience affective d'une autre personne (Spreng et al., 2009). Elle implique la capacité d'identifier l'émotion d'une autre personne (Decety & Moriguchi, 2007), de considérer différentes perspectives (Shamay-Tsoory, Aharon-Peretz, & Perry, 2009), de prédire le comportement de l'autre à partir de l'émotion identifiée et de comprendre les causes de l'émotion vécue par l'autre (Decety & Jackson, 2004; Decety & Moriguchi, 2007).

Bien que l'empathie cognitive soit reliée à la capacité de considérer différentes perspectives et à la théorie de l'esprit, il est possible de bien distinguer ces trois concepts. La capacité de considérer différentes perspectives est définie par la compréhension d'un état émotionnel d'une personne grâce à des indices externes, comme le sens du contenu verbal ou de l'expression non verbale (Rankin, Kramer, & Miller, 2005). Cette capacité n'entraîne pas nécessairement de réponses émotionnelles et peut faciliter une réponse empathique sur le plan cognitif. La mentalisation est la capacité d'une personne à comprendre ses propres états mentaux et ceux des autres. Elle permet de traduire les comportements et les actions en termes d'états mentaux (émotions, désirs, pensées, croyances). La mentalisation se construit à travers les premières relations d'attachement et influence notre capacité à créer des relations satisfaisantes à l'âge adulte (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy, Target, & Bateman, 2010). La mentalisation est un construit complexe intimement lié à l'empathie et à la qualité de l'attachement. Elle facilite la réponse empathique en permettant des inférences sur les causes du comportement d'une personne et l'identification des états

mentaux qui sous-tendent un comportement (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy et al., 2002).

L'empathie affective réfère quant à elle à la capacité de ressentir l'émotion de l'autre tout en régulant la réponse affective évoquée lors de l'interaction (Decety & Lamm, 2009). Elle implique une identification partielle à l'émotion d'autrui, c'est-à-dire une capacité à ressentir l'émotion de l'autre de façon temporaire et dans une intensité moindre. Ainsi, la personne empathique arrive à ressentir la qualité de l'émotion (ressent une émotion congruente) sans nécessairement ressentir l'intensité affective (Greenson, 1960). La régulation de l'intensité affective est possible lorsque la personne empathique identifie l'origine de l'émotion. Elle demeure donc consciente que son ressenti est une réponse personnelle à l'émotion perçue chez une autre personne (Decety & Lamm, 2009). Cette capacité porte différents noms, notamment la régulation de la conscience de soi et de l'autre (Funder & Harris, 1986) ou le processus de conscience de soi et de distinction de soi et de l'autre (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Blair, 2005). Ces termes renvoient tous à la capacité d'identifier la source de l'émotion ressentie dans l'expérience affective. Les trois capacités nommées plus haut, la capacité à ressentir l'émotion congruente, la capacité à réguler l'intensité de l'émotion et la capacité à réguler la conscience de soi et de l'autre sont essentielles à l'empathie affective. D'ailleurs, ces capacités permettent de distinguer l'empathie des concepts de contagion émotionnelle et de sympathie souvent confondus avec la composante affective de l'empathie (Davis, 1983; Eisenberg, 2000). Lors du processus de contagion émotionnelle, la personne à l'écoute ressent l'émotion

congruente avec la même intensité que la personne en détresse. Il y a donc confusion quant à l'origine de l'émotion, puisque la personne qui écoute ressent la détresse de l'autre comme s'il s'agissait de la sienne. La contagion émotionnelle entraîne généralement des comportements orientés vers soi afin de réduire l'intensité émotionnelle vécue (Klimecki & Singer, 2012). Dans la réponse sympathique, un sentiment de compassion est évoqué face à la détresse d'une autre personne (Preston & de Waal, 2001). L'émotion ressentie n'est pas nécessairement congruente avec l'émotion de l'autre personne, mais il n'y a pas de confusion quant à l'origine de l'émotion. Par exemple, une personne pourrait sentir de la sollicitude devant une autre qui lui raconte la perte récente de son conjoint. La réponse sympathique motive parfois des comportements altruistes (Batson, Eklund, Chermok, Hoyt, & Ortiz, 2007; Batson, Fultz, & Schoenrade, 1987), mais ne permet pas nécessairement de comprendre ni de ressentir l'émotion de l'autre personne. En somme, l'empathie cognitive et l'empathie affective sont deux composantes distinctes du processus empathique, bien que toutes deux s'avèrent primordiales au processus empathique normal.

Comme la majorité des processus psychologiques, la recherche sur l'empathie est partagée entre les auteurs la considérant comme un *état* du psychologue variant d'une séance à l'autre ou d'un client à l'autre (Barrett-Lennard, 1962, 1981) et par ceux la considérant davantage comme une disposition ou un *trait* relativement stable de la personnalité (Davis, 1983; Spreng et al., 2009). Dans la présente recherche, le trait empathique ou disposition empathique sera désigné par le terme « empathie générale ». L'état empathique sera désigné

par le terme « empathie spécifique ». L'empathie générale et l'empathie spécifique ont une dimension cognitive et affective (Davis, 1983; Gilet, Mella, Studer, Grünh, & Labouvie-Vief, 2013). L'empathie générale du psychologue est déterminée par d'autres composantes de son fonctionnement (Miller, 1997; Ritter et al., 2011; Wai & Tiliopoulos, 2012) et est relativement stable selon les contextes et le type d'interaction avec son client (Bonuso, 2014). L'empathie générale est l'objet de plusieurs opérationnalisations psychométriques telles que les *Interpersonal Reactivity Index* (Davis, 1980) et le *Toronto Empathy Questionnaire* (Spreng et al., 2009).

L'empathie spécifique mesure l'empathie exprimée du psychologue dans une interaction spécifique, avec un client spécifique (Barrett-Lennard, 1962). Elle serait donc particulièrement sensible aux caractéristiques du psychologue (notamment son empathie générale ou son narcissisme), aux caractéristiques du client et à la nature de la relation thérapeutique, dont les ruptures thérapeutiques. Elle est influencée par les caractéristiques du psychologue, du client, de leur relation et des contextes de la thérapie. Barrett-Lennard (1962) a d'ailleurs construit un instrument, *Barrett-Lennard Relationship Inventory*, qui mesure l'état empathique par la sous-échelle « compréhension empathique ». La sous-échelle évalue la capacité situationnelle du psychologue à comprendre et à ressentir les émotions de son client dans l'immédiat et de lui donner un sens dans son contexte actuel (Barrett-Lennard, 1962; Greenberg, Watson, Elliot, & Bohart, 2001; Kohut, 2010). Elle implique un désir conscient du psychologue de comprendre le monde affectif de son client, d'ajuster sa compréhension à la réalité changeante de celui-ci, de favoriser une relation de

communication authentique et de formuler sa compréhension en des termes qui ont du sens pour le client. Lors d'une révision de son précédent modèle, Barrett-Lennard (1981) conclut qu'une interaction immédiate, directe et réelle est primordiale pour une expérience empathique complète. La personne à l'écoute doit être en interaction directe avec la personne écoutée, puisque la personne à l'écoute doit pouvoir s'ajuster aux rétroactions de la personne écoutée pour saisir son expérience. Ainsi, l'empathie décrite par l'auteur est spécifique à une personne et à son monde subjectif. L'auteur inclut également la disposition du client à recevoir la compréhension du psychologue et à donner une rétroaction au psychologue pour valider et ajuster sa compréhension. L'empathie spécifique dépend alors de l'intérêt du psychologue envers son client, de sa capacité à s'accorder et à exprimer sa compréhension de l'expérience de celui-ci, à la disponibilité/volonté du client à recevoir la compréhension du psychologue et sa capacité à corriger la compréhension du psychologue pour se sentir pleinement compris.

En bref, chaque individu présente un niveau général et un niveau spécifique d'empathie. Les deux niveaux sont formés d'une dimension cognitive et affective de l'expérience empathique. Dans la présente recherche, l'empathie spécifique sera étudiée comme variable dépendante puisqu'elle représente le niveau d'analyse le plus sensible aux autres facteurs relationnels présents dans la thérapie. Le niveau d'empathie général du psychologue, notamment la dimension de détresse personnelle, sera utilisé comme facteur personnel du psychologue pouvant influencer son empathie spécifique lors d'une rupture thérapeutique.

Contre-transfert

Définition du contre-transfert

Des premiers écrits de Freud sur le contre-transfert (CT) à ceux d'aujourd'hui, la définition du CT s'est transformée en fonction de l'importance et de l'utilité qu'on lui accordait dans la relation thérapeutique. Encore aujourd'hui, il existe plusieurs désaccords quant à la façon de le concevoir. Les prochains paragraphes permettront d'explorer les différentes définitions données au CT.

Pour les tenants de la définition classique du CT, dont Freud, le CT n'est ni plus ni moins le transfert personnel du psychologue. Il s'agit ainsi des défenses psychologiques inconscientes du psychologue, provenant de ses propres conflits psychologiques non résolus, réactivés par le transfert de son client (Racker, 1982). Dans cette perspective, le succès d'une analyse dépend de la neutralité de l'analyste, plus précisément de sa capacité à recevoir sans réactions défensives, le contenu affectif et fantasmé du client. Par conséquent, le CT conçu comme l'ensemble des réponses défensives du psychologue est perçu comme un obstacle pour le déroulement de la thérapie (Racker, 1982), puisqu'il empêche le psychologue de mettre les besoins du client au centre de son attention. Dans cette perspective, le psychologue doit s'engager dans une analyse personnelle pour éliminer l'émergence de la réaction du CT (Hayes, 2004). La perspective classique est fréquemment critiquée par les tenants des perspectives dites totaliste et intégrative. Le CT réduit au transfert du psychologue est considéré comme une vision trop restrictive du CT

ne permettant pas de considérer l'aspect relationnel de celui-ci (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011).

Pour les auteurs de la perspective totaliste, la définition du CT inclut à la fois les réactions transférentielles appartenant aux enjeux non résolus du psychologue et celles appartenant aux enjeux du client (Racker, 1957), ainsi que les réactions affectives contingentes à l'environnement de travail du psychologue, à son humeur et à son contexte de vie (Hayes, 2004; Tansey & Burke, 1989). De plus, elle inclut le CT appelé objectif (Winnicott, 1949), qui se réfère aux réactions typiques et attendues du psychologue envers une pathologie spécifique d'un client. Betan et ses collègues (2009), des tenants de la perspective totaliste, ont d'ailleurs validé empiriquement le type de CT caractéristique à certaines pathologies du client, permettant ainsi de mieux comprendre comment les enjeux du client influencent les enjeux du psychologue. Par exemple, une personne avec un trouble de la personnalité cluster A (bizarre/excentrique) suscite généralement des CT de type « critiqué/maltraité », alors que les personnes avec diagnostic du cluster B (dramatique) suscitent, quant à elles, des CT de type « envahi/désorganisé », « impuissant/inadéquat » et « sexualisé ». Les personnes appartenant au cluster C (anxieux) suscitent des CT de type « parental/protecteur ». Cette perspective porte ainsi le nom de totaliste puisqu'elle inclut dans sa définition toutes les réactions affectives, conscientes et inconscientes, fantasmées et réalistes, du psychologue et du client.

Cette approche considère le CT comme un outil thérapeutique puissant et essentiel

au processus thérapeutique, permettant au psychologue d'accéder aux fantasmes et conflits du client (Heimann, 1950). Cependant, pour pouvoir distinguer ses propres réactions transférentielles de celles du client, le psychologue doit être conscient de ses propres enjeux et avoir amorcé un travail analytique sur ses conflits infantiles (Heimann, 1950; Racker, 1957). L'analyse personnelle est donc également un outil essentiel dans cette perspective afin de connaître ses propres enjeux et éviter des réactions pouvant nuire au traitement. L'analyse personnelle des tenants de l'approche totaliste a pour objectif d'augmenter le niveau de conscience du psychologue et non pas d'éliminer les réactions contre-transférentielles, comme le préconise l'approche classique. Ainsi, le psychologue peut plus facilement distinguer ses propres réactions transférentielles des réactions du client et profiter des réactions évoquées en lui pour comprendre son client (Racker, 1957). La définition inclusive du CT de la perspective totaliste a été fréquemment critiquée. En effet, en incluant toutes les manifestations psychologiques évoquées chez le psychologue comme un CT, certains auteurs considèrent que cette définition très large du CT nuit à la clarté du concept (Hayes et al., 2011).

Enfin, une troisième approche, appelée perspective intégrative, inclut différentes composantes de la perspective classique et totaliste, tout en se distinguant sur d'autres aspects. La perspective intégrative définit le CT comme l'ensemble des réactions du psychologue évoqué par son client et provenant des conflits non résolus du psychologue (Gelso & Hayes, 1998; Hayes & Gelso, 2001). Cette perspective inclut à la fois les réactions conscientes et inconscientes du psychologue et, contrairement à la perspective

classique, considère le transfert du client et son influence sur le psychologue dans son analyse du CT. Elle rejette cependant les réactions du CT objectives (Kiesler, 2001). Elle se concentre uniquement sur les réactions personnelles du psychologue dans sa relation avec son client. Cette perspective s'inscrit dans une approche relationnelle. Le transfert du client est étudié pour comprendre comment il influence le transfert du psychologue durant le processus thérapeutique.

La perspective intégrative soutient qu'il est important de comprendre non pas seulement la nature du CT, mais comment le conflit du psychologue a été activé dans la relation avec son client (Hayes, 2004). Pour ce faire, Hayes (2004) définit cinq composantes du CT (origine, stimulus, manifestation, effet et régulation). Cette opérationnalisation du CT permet de stimuler les études empiriques sur cette variable difficilement mesurable. L'origine se réfère au thème non résolu du conflit du psychologue évoqué par un stimulus, soit une caractéristique du client, un sujet abordé par celui-ci ou un événement de la thérapie. Le stimulus et l'origine du CT sont constamment en interaction lors de la thérapie et ne peuvent être considérés comme des éléments isolés (Hayes & Gelso, 2001). Les origines sous-jacentes au CT sont, pour plusieurs psychologues, des enjeux reliés à la famille d'origine, aux besoins d'être aimé et d'être compétent (Hayes, 1995). La troisième composante du CT, la manifestation, est la réaction émotionnelle, cognitive, comportementale ou physiologique du psychologue provoquée par le stimulus. L'effet et la régulation se réfèrent respectivement à l'impact de la réaction du psychologue sur le déroulement de la thérapie et à sa capacité à réguler les manifestations de son CT. L'opérationnalisation de

Hayes a permis de mieux comprendre la complexité du CT. Ainsi, grâce à cette opérationnalisation, il a été montré sur le plan empirique que la présence d'un CT n'est pas nécessaire nuisible au traitement. C'est plutôt la capacité du psychologue à réguler les manifestations externes de son CT qui affecte les résultats thérapeutiques (Hayes, Riker, & Ingram, 1997).

En excluant les CT objectifs de leur définition du CT, la perspective intégrative omet des informations importantes sur la personnalité du client qui influence inévitablement les processus thérapeutiques, notamment le CT et l'empathie du psychologue. Dans cette optique, la perspective totaliste est utilisée dans la présente recherche, puisqu'elle considère à la fois les enjeux du psychologue et les enjeux du client dans la définition du CT. Elle permet ainsi d'étudier les processus relationnels qui se déploient dans le CT en relation avec un client.

Liens théoriques entre l'empathie et le CT

Afin de comprendre les liens théoriques qui unissent le CT et l'empathie, Tansey et Burke (1989) proposent d'abord d'explorer les notions d'identification, d'identification projective et d'identification introjective. En résumé, l'identification est le processus par lequel les représentations du soi contenues dans le moi se transforment lorsqu'ils sont en contact avec une autre représentation psychique (Sandler & Rosenblatt, 1962). Cette autre « représentation psychique », appelée introject, est composée d'une représentation de soi, de l'autre et d'un affect. Les représentations d'objet sont présentes dans toutes les

organisations psychiques et forment, selon la qualité d'intégration avec les autres relations d'objet, le sentiment d'identité de la personne (Kernberg, 1976). Selon Racker (1957), l'identification au contenu projeté par le client peut prendre une forme congruente ou complémentaire dans l'espace psychique du psychologue. L'identification congruente lui permet de s'identifier aux représentations psychiques auxquelles s'identifie également le client. Par exemple, un psychologue pourrait ressentir l'impuissance d'un client atteint d'une maladie incurable et dont aucun traitement ne permet de soulager la souffrance. L'identification complémentaire permet au psychologue de s'identifier aux représentations complémentaires ou antagonistes du client, par exemple lorsqu'un psychologue est convaincu que sa cliente a les ressources pour faire face au défi qu'elle rencontre, alors que celle-ci se sent complètement impuissante et découragée.

L'identification projective inclut à la fois les mécanismes de projection et d'identification. C'est un mécanisme inconscient par lequel le client projette une partie non désirée de lui-même sur le psychologue en induisant une pression pour que celui-ci agisse en fonction de ce qu'il a projeté. L'exemple classique est celui d'un psychologue qui se sent irrité ou agressif (vécu ressenti et exprimé par le psychologue) devant un client passif qui se perçoit comme une victime. Le psychologue s'identifie à l'agressivité clivée du client. Incapable de tolérer l'agressivité comme une partie de son expérience affective, le client projette sur son psychologue ses affects menaçants. C'est un processus psychologique agissant à la fois comme un mécanisme de défense, comme un moyen de communication et comme une façon de se lier aux autres (Ogden, 1979). Selon Tansey et Burke (1989),

l'identification projective est présente dans chaque expérience empathique, à des intensités différentes. Nonobstant la pathologie du client et la sévérité de celle-ci, chaque client a le fantasme inconscient d'utiliser son psychologue pour explorer son propre transfert (Gabbard, 2001; Kiesler, 2001). Le psychologue recevra, sous des formes plus ou moins mentalisées, les introjects de son client et les enjeux sous-jacents. En effet, peu importe la nature de la relation thérapeutique, le client porte le désir ou la fantaisie inconsciente de faire sentir au psychologue ce qu'il ressent à l'intérieur de lui-même. L'identification projective, bien que comprise comme un mécanisme de défense pathologique chez plusieurs auteurs, est considérée par d'autres comme un mécanisme de communication puissant permettant de comprendre l'autre au-delà des mots (Grotstein, 2001). Finalement, l'identification introjective décrit le phénomène selon lequel le psychologue reçoit le matériel projeté du client et arrive à ressentir le monde affectif de celui-ci en s'identifiant au matériel projeté (Tansey & Burke, 1989).

Le CT et l'empathie sont tous les deux des processus psychologiques qui nécessitent une expérience d'identification avec le client (Peabody & Gelso, 1982; Tansey & Burke, 1989). L'empathie, dont les définitions ont été décrites plus haut, réfère globalement à la capacité du psychologue de ressentir et de comprendre l'état psychologique d'une autre personne (Schafer, 1959). Elle implique la capacité du psychologue à ressentir les introjects du client, sous une forme complémentaire ou congruente, de s'en distancer suffisamment pour pouvoir réfléchir à leur origine et à leur fonction pour le client. Ainsi, le psychologue empathique reconnaît les effets de l'identification en lui, arrive à comprendre ce que cet

effet signifie dans le monde affectif et psychique du client, pour le lui communiquer ensuite. L'empathie serait le résultat optimal du processus d'identification, puisqu'elle permet de comprendre le monde affectif du client à partir du ressenti du psychologue. Le CT implique également une identification aux introjects, congruents ou complémentaires du client, mais se situe avant ou sans la phase de distanciation nécessaire à l'empathie. Ainsi, à la suite de l'identification au matériel projeté par le client, le psychologue activé par ses propres enjeux psychiques perçoit le rôle endossé dans l'identification introjective comme étant véridique et réagit plus ou moins défensivement à l'activation de son conflit. Si le CT n'est pas régulé adéquatement, la nature des interventions du psychologue et sa compréhension de son client risquent d'être guidées par son propre conflit plutôt que par les besoins inconscients de son client (Reich, 1960). Pour Tansey et Burke (1989), ce n'est donc pas la nature de l'identification (congruente ou complémentaire) ni la nature du CT qui permet l'empathie, mais plutôt le processus de régulation, de distanciation et de signification de l'identification.

Liens empiriques entre l'empathie et le CT

Sur le plan empirique, Hayes et al. (2011) ont mené une métaanalyse pour explorer l'impact du CT sur les résultats thérapeutiques. Ils tentaient de comprendre comment les composantes du CT (thèmes, stimulus et manifestation) influençaient les résultats thérapeutiques. Deux des études recensées ont permis de préciser le lien entre le thème et le stimulus sur les résultats thérapeutiques. Cutler (1958) montre par exemple que plus le thème abordé par le client (stimulus) ressemble à un conflit non résolu du psychologue (thème), moins les interventions du psychologue sont jugées efficaces et plus ils adoptent

des stratégies d'évitement. Ces résultats ont notamment été appuyés par une étude qualitative explorant les facteurs impliqués dans les impasses thérapeutiques de huit psychologues d'expérience. La plupart des psychologues rapportent la présence de CT comme un facteur ayant contribué à l'impasse thérapeutique (Hill, Nutt-Williams, Heaton, Thompson, & Rhodes, 1996). Les auteurs notent également que les CT les plus difficiles à réguler impliquaient une expérience commune entre le psychologue et le client. Par exemple, un client évoquant des histoires d'humiliation suscitait des réactions de CT plus fortes chez les psychologues ayant vécu ce genre de blessure dans le passé. À la lumière de ces études, il semble que plus l'enjeu du psychologue est inconscient et non résolu, plus il est difficile pour celui-ci de l'utiliser au service de la psychothérapie (Gelso & Hayes, 1998).

L'impact de la manifestation du CT sur la qualité de l'alliance thérapeutique a également été étudié dans une étude empirique (Ligiéro & Gelso, 2002). Dans cette étude, 51 étudiants en psychologie et leurs superviseurs participaient à la recherche. Afin de mesurer la qualité de la relation thérapeutique et la nature du CT des étudiants, les étudiants et leurs superviseurs devaient remplir séparément une série de questionnaires portant sur la qualité de l'alliance thérapeutique et sur son CT. Les résultats de l'étude montraient que le CT négatif (CT-) était associé négativement avec toutes les dimensions de l'alliance du *Working Alliance Inventory*, et ce, qu'il soit évalué par le superviseur (*total score* ; $r = -0,58$) ou par les étudiants doctoraux (*total score* ; $r = -0,34$). Le CT positif (CT+) était, quant à lui, significativement et négativement associé à une seule sous-

échelle, soit celle mesurant la qualité du lien thérapeutique. Cette relation était significative exclusivement selon la perspective des superviseurs ($r = -0,36$). Ainsi, les superviseurs et les étudiants avaient des évaluations différentes de l'impact du CT+ sur la dimension de la qualité du lien. Selon les auteurs, ces résultats montrent que les psychologues peuvent être moins conscients de l'impact du CT+ sur la qualité du lien thérapeutique (*bond*), puisque le CT+ n'affecte pas les autres dimensions de l'alliance, contrairement au CT-, qui affecte toutes les dimensions de l'alliance. L'impact du CT- serait alors plus facilement détectable par le superviseur et l'étudiant. Afin de pousser leur réflexion, les auteurs ont tenté de comprendre la relation entre les désaccords des superviseurs et des étudiants quant à l'évaluation des composantes de l'alliance et les types de CT. Les résultats montrent que la différence entre l'évaluation du superviseur et de son supervisé de la composante *bond* est significativement reliée au CT+ ($r = 0,37, p < 0,01$) et au CT- ($r = 0,41, p < 0,001$). Ils ont ensuite divisé le groupe de participants selon l'intensité du CT ressenti (faible et élevé) pour chaque type de CT, afin de comprendre la nature du désaccord sur la composante *bond*. À l'aide de test-*t*, les auteurs ont trouvé que les étudiants vivant des CT de faible intensité évaluaient de façon similaire à leur superviseur la qualité de leur relation avec leur client, alors que ceux vivant des CT de forte intensité évaluaient la qualité du lien avec leur client de façon beaucoup plus élevée que leur superviseur, et ce, pour les CT- ($t(16) = -3,31, p < 0,01$) et CT+ ($t(23) = -2,59, p < 0,05$). Ainsi, ce n'est pas la connotation du CT, mais plutôt son intensité qui peut nuire à l'évaluation objective de la qualité du lien. En effet, un CT intense et non régulé favorise la projection des enjeux personnels du psychologue dans la relation avec

son client et entraîne une déformation de son jugement clinique (Fiedler, 1951; McClure & Hodge, 1987). À titre d'exemple, dans une étude qualitative explorant le transfert des clients et le CT de leur psychologue, l'un des participants rapporte un CT+ envers l'un de ses clients, reconnaissant un désir d'être admiré par celui-ci (Gelso, Hill, Mohr, Rochlen, & Zack, 1999). À la suite d'une réflexion sur la nature de son CT, le psychologue identifie que ce CT lui permettait de maintenir une posture idéalisée avec son client et d'éviter l'exploration des émotions négatives. Ainsi, bien que le CT+ semble moins préjudiciable pour certaines dimensions de l'alliance (*agreement on task* et *agreement on goal*), il semble que le maintien d'un CT+ puisse nuire au travail du psychologue, voire à sa capacité d'explorer certains contenus affectifs du client et ultimement, nuire à la qualité du lien avec celui-ci. Bref, les CT positifs et négatifs sont associés à une diminution de la qualité de certaines composantes de l'alliance. Cependant, il semble que ce soit l'intensité du CT, peu importe la nature de celui-ci, qui est le plus préjudiciable pour la qualité de la relation avec le client.

Enfin, une seule étude portant sur le lien entre les manifestations du CT et l'empathie spécifique a été recensée (Ligiéro & Gelso, 2002). Lors de cette étude, vingt psychologues masculins ont rencontré vingt clientes féminines pour une séance de thérapie. À la suite de leur première rencontre, les clientes remplissaient ensuite le questionnaire *Barrett-Lennard Relationship Inventory* (BLRI; Barrett-Lennard, 1962) comme mesure de l'empathie spécifique du psychologue. Lors de la deuxième partie de la recherche, les psychologues devaient qualifier leur CT devant des actrices endossant une attitude sexualisée, hostile ou

neutre. L'hypothèse des auteurs était que les comportements de CT seraient négativement associés aux capacités empathiques spécifiques des psychologues et que l'ouverture au CT serait positivement liée à leur empathie spécifique. Les résultats de l'étude montrent que les psychologues empathiques étaient moins sujets à agir leur CT avec une clientèle séductrice que les psychologues moins empathiques et semblaient plus conscients de la nature des émotions évoquées en eux. En effet, les participants plus empathiques étaient plus ouverts à explorer leurs émotions difficiles, comprenaient davantage la nature de leurs émotions et montraient des stratégies de régulation plus détaillées de leur CT (p. ex., rester vigilant à leurs réactions internes, se rappeler de rester calme, objectif et attentif à leur client durant la thérapie et prendre soin d'eux à l'extérieur des rencontres). Les psychologues moins empathiques se disaient peu conscients de la nature de leur réaction lors de la thérapie et comprenaient mal le lien entre le stimulus et l'origine de leur CT. Ces psychologues tentaient parfois de contenir leur réaction sans arriver à comprendre la nature de leurs comportements.

En résumé, les résultats des études empiriques renseignent sur les liens entre le CT, l'empathie et les processus thérapeutiques. D'abord, plus les enjeux du client ressemblent aux enjeux du psychologue, plus le CT du psychologue risque d'être intense et difficile à réguler (Cutler, 1958; Hill et al., 1996). Un CT+ tout comme un CT- peuvent influencer négativement la qualité du lien thérapeutique, particulièrement lorsqu'il est de forte intensité (Gelso et al., 1999; Ligiéro & Gelso, 2002). Finalement, il semble que l'empathie spécifique des psychologues est associée à une meilleure régulation du CT

devant certains types de problématiques du client et serait liée à une plus grande conscience et à une meilleure régulation affective (Peabody & Gelso, 1982).

L'un des CT les plus fréquents chez les psychologues prend son origine dans le besoin d'être aimé, de se sentir valorisé et compétent dans leurs relations interpersonnelles (Hayes et al., 1998). De plus, il semble que le besoin d'être aimé et valorisé serait une motivation inconsciente de plusieurs psychologues à pratiquer leur métier (Miller, 1983; Sussman, 1992). Une forte prévalence de vulnérabilités narcissiques chez les psychologues a d'ailleurs été rapportée par plusieurs auteurs et cliniciens (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Halewood & Tribe, 2003; Miller, 1997; Sussman, 1992). Pour les psychologues avec des enjeux narcissiques, la présence de ruptures thérapeutiques avec un client pourrait représenter un défi supplémentaire. Par exemple, un psychologue qui a des enjeux narcissiques pourrait se sentir incompetent devant les critiques, le mécontentement ou simplement l'ambivalence d'un client en rupture. De plus, la rupture et les émotions négatives du client pourraient activer des introjects d'incompétence, de rejet et d'humiliation, particulièrement difficiles à tolérer pour un psychologue avec des enjeux narcissiques. Ainsi, l'activation des enjeux d'humiliation, de rejet et d'incompétence pourrait augmenter l'intensité du CT et affecter la capacité du psychologue à se distancer du matériel projeté du client. De ce fait, la capacité du psychologue à demeurer empathique avec son client en rupture est compromise. Il apparaît alors important de considérer le narcissisme du psychologue pour comprendre son impact sur son empathie et sur son CT durant une rupture thérapeutique avec son client.

Narcissisme

Définition du narcissisme

Malgré les différentes conceptualisations du narcissisme, l'existence d'une forme normale et d'une forme pathologique est largement acceptée dans la communauté scientifique (Pincus & Lukowitsky, 2010). La forme pathologique englobe deux thèmes : le narcissisme vulnérable et le narcissisme grandiose (Cain, Pincus, & Ansell, 2008). Chez l'adulte, un narcissisme normal se manifeste par « la capacité à maintenir une image de soi relativement positive à travers des processus de régulation de soi et de régulation affective. Cette capacité sous-tend des besoins individuels de validation et d'affirmation tout comme la motivation explicite ou implicite de rechercher dans son environnement social des expériences d'amélioration de soi » (Pincus & Lukowitsky, 2010, p. 423). Il est considéré comme pathologique lorsque le besoin de validation et d'admiration est extrême et associé à des capacités de régulation dysfonctionnelle, telles que des mécanismes de dévaluation ou d'idéalisation (Pincus et al., 2009). L'un des premiers auteurs à décrire le narcissisme est Freud (1914, 1957). Il décrit le narcissisme normal (primaire) par une période inhérente au développement psychique des humains et durant lequel l'enfant investit son propre corps et sa propre personne, alors qu'il est incapable de se considérer comme une personne distincte des autres. C'est une des conditions essentielles au développement d'une estime de soi saine. Le narcissisme pathologique (secondaire) est diagnostiqué chez les personnes qui dirigent leur libido vers soi au détriment de leurs relations interpersonnelles, alors qu'ils ont les capacités cognitives de se percevoir comme

une personne à part entière. Subséquemment aux écrits de Freud, les avancées importantes sur le narcissisme sont associés à Kohut (1971) et à Kernberg (1975). Bien que les deux hommes s'accordent sur la présence d'un narcissisme normal et inhérent à la régulation saine de l'estime de soi, les deux auteurs ont des points de vue différents sur les causes et les aspects développementaux du narcissisme (Russ & Shedler, 2013).

Pour Kohut (1971, 1977, 1984, 1990), le narcissisme est intimement lié au développement du soi, composante centrale de la personnalité. Le développement d'un narcissisme normal se construit grâce à une relation empathique avec le parent alors que la phase d'individuation n'est pas encore terminée. L'enfant est alors dans une phase égocentrique et utilise la relation qu'il développe avec son parent pour construire un soi cohésif et mature. Le parent empathique de Kohut s'occupe de deux besoins essentiels au développement de son enfant : les besoins en miroir et le besoin d'idéalisation. Ainsi, il valide l'expérience affective de son enfant et laisse son enfant le percevoir et se percevoir comme un être puissant et rassurant. Lorsque le parent répond adéquatement à ces besoins, l'enfant apprend à considérer ses expériences internes comme étant valides et importantes et sent qu'il possède les ressources nécessaires pour faire face aux difficultés. Il peut donc réguler son sentiment de valeur personnelle lors de succès et de défaites et moduler les émotions associées.

Pour Kohut (1971, 1977, 1984, 1990), le narcissisme pathologique représente un arrêt dans le développement normal du soi de l'individu. Les réponses non empathiques

du parent entraveraient le processus d'intégration d'une image positive de soi et de ses parents. Les répercussions de cette entrave se manifesteraient sous deux formes de clivage dans le fonctionnement du narcissique. Le premier clivage, nommé clivage horizontal, permet de réprimer de la conscience les aspects non désirés de soi et des autres pour éviter les sentiments d'inadéquation et de honte associés. Cette défense permet de maintenir un sentiment de grandiosité et de toute-puissance et serait plus présente dans le fonctionnement des individus avec un narcissisme grandiose. Le deuxième clivage, appelé clivage vertical, permet à la conscience d'alterner entre deux états idéalisés : celui de l'omnipotence et de l'impuissance. Ainsi, l'individu fonctionne en niant son besoin de dépendance et de vulnérabilité (état grandiose, omnipotence) jusqu'à ce qu'il n'arrive plus à atteindre ses idées ou attentes grandioses. Il s'en suivra un sentiment de vulnérabilité, de vide, de honte, de faible estime de soi (état de vulnérabilité, impuissance). Ce clivage est plus présent dans le fonctionnement des individus avec un narcissisme vulnérable.

Pour Kernberg (1975, 1976, 1998, 2009), le narcissisme s'explique à travers la théorie des relations d'objet. Cette théorie stipule que notre fonctionnement personnel et interpersonnel est influencé par des représentations mentales de nos premières relations d'objet. Une représentation d'objet est composée d'une représentation de soi et de l'autre, le tout lié d'un affect. Pour Kernberg (1986), « le développement du narcissisme normal et pathologique comporte toujours une relation entre la représentation de soi, la représentation de l'objet et des objets externes, de même que des conflits instinctifs impliquant à la fois la libido et l'agressivité » (p. 189). Le narcissisme normal passe par

une phase d'investissement libidinal orienté vers le soi de l'enfant (phase préœdipienne), permettant ultimement la cohésion d'un soi mature, d'une estime de soi positive et de relations interpersonnelles saines. Pour ce faire, l'enfant doit faire l'expérience de relations saines avec ses parents et internaliser des relations d'objet positives. Le narcissisme pathologique se développe à partir d'expériences interpersonnelles instables avec le parent qui, par une attitude froide, exigeante ou rejetante, ne répond pas au besoin de dépendance de l'enfant. Afin de se défendre contre son besoin de dépendance, l'enfant investira une structure psychologique pathologique, le soi grandiose, contenant les éléments véritables du soi (qualité réelle), du soi idéal (fantaisie de perfection et de puissance) et des représentations idéalisées de l'autre (parent aimant). Une série de mécanismes de défense (déli, clivage, projection, dévaluation) est ensuite déployée afin de protéger le soi idéal contre les représentations d'objet négatives (de soi et des objets). La projection des affects négatifs sur les objets externes permet de maintenir la cohésion superficielle du soi, mais entraîne une tendance à être dévaluant en relation. Pour Kohut (1971, 1977, 1990) et Kernberg, le narcissisme pathologique inclut des déficits de régulation importants au niveau de l'estime de soi, des affects et de l'humeur, et des stratégies non adaptées pour réagir aux événements qui menacent l'image de soi (Kernberg, 1998, 2009; Ronningstam, 2005). Le narcissisme pathologique de Kernberg se distingue de celui de Kohut par la présence d'une attitude de grandiosité, de comportements hautains et arrogants. Kernberg a d'ailleurs conceptualisé une échelle d'agressivité permettant de mesurer la sévérité de la pathologie en fonction du niveau de rage présenté par la personne. Le narcissisme de Kernberg est plus près du thème de la

grandiosité et celui de Kohut de la vulnérabilité. L'étiologie du narcissisme de Kohut et de Kernberg a d'ailleurs inspiré l'hypothèse de deux sous-types distincts de narcissisme : le narcissisme grandiose et le narcissisme vulnérable (Dickinson & Pincus, 2003; Gabbard, 1989; Pincus, Cain, & Wright, 2014; Pincus & Lukowitsky, 2010; Smolewska & Dion, 2005).

Narcissisme grandiose

Le narcissisme grandiose (NG) est le thème le plus décrit dans les écrits scientifiques. Il se manifeste sur le plan comportemental et psychologique (Tracey & Kokotovic, 1989). Les manifestations comportementales sont les plus saillantes et sont décrites comme un comportement « [...] arrogant, envieux, croyant mériter des traitements spéciaux, utilisant les autres pour satisfaire ses besoins » (Dickinson & Pincus, 2003, p.95), par des attitudes non empathiques, par de l'agressivité et par de l'exhibitionnisme. Ces comportements sous-tendent des mécanismes de défense permettant de réprimer de la conscience les aspects non désirables de soi et des autres, une tendance à interpréter les facteurs contextuels et interpersonnels de façon à maintenir une image idéalisée et une tendance à s'engager dans des fantaisies d'omnipotence, de supériorité, de perfection et d'adoration (Pincus & Lukowitsky, 2010).

Les narcissismes grandiose (NG) et vulnérable (NV) se distingueraient également sur certains aspects du fonctionnement. Le NG présenterait des difficultés au niveau de l'empathie affective, tout en démontrant une empathie cognitive intacte (Ritter et al.,

2011; Wai & Tiliopoulos, 2012). Les difficultés empathiques des individus de type grandiose seraient davantage de nature motivationnelle. Ils auraient tendance à se désengager du processus empathique lorsque celui-ci ne leur permet pas de répondre à leurs objectifs ou à leurs besoins personnels ou lorsque des enjeux de contrôle, d'admiration et de compétition sont présents (Schipper & Petermann, 2013). Le narcissisme grandiose est également associé à un attachement ou évitant et à une faible détresse personnelle en relation, et ce, malgré la présence de tensions relationnelles entourant les thèmes de la domination/vengeance dans leurs relations (Dickinson & Pincus, 2003). L'utilisation du déni et des stratégies d'autovalorisation permettraient aux individus grandioses de nier la détresse d'autrui ou l'inconfort vécu en relation et d'être seulement en contact avec les aspects positifs de soi (Kernberg, 1975; Kohut, 1971). Sur le plan relationnel, le narcissique grandiose aurait de la difficulté ou peu d'intérêt à observer l'impact de son comportement sur ses relations et entretiendrait une représentation de soi et de ses relations plus positive que son entourage (Gabbard, 1989, 2013; Kernberg, 1975, 1986, 1998, 2009; Kohut, 1971, 1984, 1977, 1990; Kohut & Wolf, 1992).

Narcissisme vulnérable

Pour Kohut (1977), le fonctionnement du NV alterne entre deux états idéalisés, l'omnipotence (négation des besoins relationnels et de la vulnérabilité) et l'impuissance (impression que l'autre ne peut répondre à ses besoins et sentiment de rage). Il se manifeste par une présentation comportementale plus vulnérable que le narcissique

grandiose, tout en partageant avec lui les sentiments de « tout m'est dû » et une tendance à entretenir des relations utilitaires (Dickinson & Pincus, 2003). Le fonctionnement du NV s'articule autour de la crainte de dépendance ou plus précisément, d'une peur que les autres ne puissent répondre à ses besoins relationnels. Ces individus sont sujets à vivre des sentiments de rage lorsque l'autre ne répond pas à leurs besoins. Ils ressentiraient également de la honte face à leurs besoins (Dickinson & Pincus, 2003). Sur le plan clinique, le narcissisme vulnérable se manifeste par la minimisation de soi pour obtenir la reconnaissance d'autrui, par une attitude de sabotage, par une facilité à se sentir blessé ou attaqué par les autres, par une attitude froide ou évitante en relation, par une crainte du rejet et de la critique, par une extrême modestie, cachant des attentes grandioses de soi et des autres, par la présence de culpabilité ou de honte par rapport à leurs besoins et à leurs désirs, et par une tendance à entretenir des fantaisies de grandeurs inhibées (Dickinson & Pincus, 2003; Gabbard, 1989, 2013; Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Hendin & Cheek, 1997). Le narcissisme vulnérable serait également caractérisé par la présence d'affects de rage, d'envie, d'agressivité, de honte, d'impuissance, de sentiment de vide, de faible estime personnelle, d'évitement social et de pensées suicidaires (Kohut & Wolf, 1978; Pincus et al. 2009; Ronningstam, 2005).

Sur le plan fonctionnel, les individus de type vulnérable auraient tendance à démontrer un style d'attachement (craintif ou préoccupé) avec une image de soi négative et vivraient davantage de détresse en relation, comparativement aux personnes présentant un narcissisme grandiose (Dickinson & Pincus, 2003). Les auteurs expliquent ces associations par la sensibilité du narcissique vulnérable à ses besoins relationnels et aux

émotions intenses qui sont ressenties lorsque ces besoins ne sont pas satisfaits. Les individus de type vulnérable partageraient avec le trouble de la personnalité limite (TPL) une difficulté à réguler et à tolérer les émotions de honte, de rage et de colère dans une interaction (Gunderson, 2001). Cependant, contrairement aux TPL, les NV ne démontreraient pas de comportements impulsifs lorsqu'ils vivent une émotion difficile et arriveraient à maintenir leurs efforts pour arriver à leurs objectifs, malgré l'intensité émotionnelle. Ils auraient cependant de la difficulté à accepter de vivre une émotion difficile, à utiliser les stratégies de régulation émotionnelle adéquates et à rester en contact avec l'émotion, tout en clarifiant sa nature (Di Pierro, Di Sarno, & Madeddu, 2017). Cette difficulté de régulation émotionnelle soutient les observations ciblant les déficits empathiques des NV dans la composante affective (Ritter et al., 2011; Wai & Tiliopoulos, 2012).

Modèle intégré du narcissisme

Malgré les différences de fonctionnement qui distinguent les NV et NG, plusieurs cliniciens remarquent une alternance entre ces deux thèmes dans le fonctionnement d'une même personne (Pincus et al., 2014; Ronningstam, 2009). Cette hypothèse clinique a récemment été appuyée par une étude empirique (Gore & Widiger, 2016). Selon cette étude, le NV et NG seraient deux dimensions d'un même construit, plutôt que deux catégories ou pathologies distinctes (Gore & Widiger, 2016; Kernberg, 2009; Pincus & Lukowitsky, 2010; E. Ronningstam, 2009). Ces deux dimensions pourraient prendre une forme prédominante chez un individu, mais fluctueraient en fonction du contexte, du

temps et des enjeux, représentant des stratégies de régulation et de fonctionnement interpersonnel différentes (Baskin-Sommers, Krusemark, & Ronningstam, 2014). Ainsi, selon le modèle intégré du narcissisme, le narcissisme pathologique se définit comme « l'utilisation de stratégies d'amélioration de soi non adaptées et/ou par la présence de processus de régulation psychologiques dysfonctionnels lorsque l'individu est confronté à des expériences menaçant son égo ou ne permettant pas de se sentir valorisé » (Pincus, 2013, p. 95) [traduction libre].

Les vulnérabilités narcissiques chez les psychologues

Le narcissisme peut se présenter sous différentes formes (vulnérable, grandiose ou alternance entre les deux états) chez une population clinique et non clinique. En effet, le narcissisme peut se présenter comme un aspect de la personnalité d'une personne, sans altérer pour autant de façon pathologique son fonctionnement. Des enjeux narcissiques ou de vulnérabilités narcissiques sont d'ailleurs présents dans le fonctionnement de plusieurs psychologues (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Halewood & Tribe, 2003; Miller, 1979, 1997; Sussman, 1992). Les enjeux narcissiques semblent en fait faire partie des motivations inconscientes qui poussent le psychologue à choisir sa profession (Keller & Schneider, 1976; Khan, 1974; Miller, 1997; Sussman, 1992).

Dans son livre *A Curious Calling*, Sussman (1992) explore les motivations inconscientes des psychologues à exercer leur travail. Il évoque d'abord un motif conscient et presque unanime à la profession d'aider son prochain. Cette motivation

d'apparence altruiste a questionné plusieurs superviseurs remarquant chez leurs supervisés la présence de dépression, d'anxiété, d'enjeux développementaux, etc. En poursuivant les recherches, il est apparu aux superviseurs que le désir inconscient de guérir ses propres conflits intrapsychiques à travers la relation thérapeutique représentait une motivation importante, voire principale, pour les supervisés (Keller & Schneider, 1976; Khan, 1974).

Plusieurs auteurs ont tenté de mieux comprendre les enjeux psychologiques motivant les psychologues à exercer leur travail et ils auraient remarqué que les enjeux narcissiques sont très fréquents chez ces professionnels (Halewood & Tribe, 2003; Miller, 1979, 1997; Sussman, 1992). Dans un article sur le narcissisme du psychologue, Thompson (1993) décrit les vulnérabilités narcissiques comme des représentations objectales du psychologue témoignant de besoins de validation et d'idéalisation. Il étend également la définition des vulnérabilités narcissiques à tout autre contexte dans lequel le psychologue utilise son client comme une représentation de soi. L'auteur mentionne que tout psychologue possède une zone vulnérable susceptible de s'activer lorsque le client ne reflète pas les aspects idéalisés (conscients ou inconscients) de la représentation de soi du psychologue ou lorsque le psychologue n'est pas conscient de ces vulnérabilités.

Dans son livre *Le drame de l'enfant doué*, Alice Miller (1997) décrit les aspects développementaux du narcissisme des psychologues. Elle soutient la présence d'une hypersensibilité aux besoins d'autrui chez ceux qui deviennent psychologues, les

prédisposant à des relations utilitaires dans l'enfance et à des blessures narcissiques importantes. Pour Miller, le narcissisme se réfère à une « perte du soi » de l'enfant, dont la sensibilité a été utilisée pour répondre aux besoins inconscients de ses parents, eux-mêmes blessés sur le plan narcissique. L'enfant aurait appris à se comporter de façon à répondre aux attentes des autres, tout en niant ses propres besoins et émotions. Miller parle alors de la formation d'un faux-soi permettant de maintenir refoulées les émotions authentiques et de maintenir une image idéalisée de son monde affectif. Adulte, il aura besoin d'un objet externe pour réguler son sentiment de valeur personnelle et utilisera ses relations pour remplir cette fonction (Kohut & Wolf, 1978). Ainsi, il rejouera cette dynamique utilitaire pour satisfaire ses propres besoins d'amour, d'intimité et de dépendance, et pour éviter d'entrer en contact avec les émotions infantiles envahissantes et non tolérées par le parent.

Le contexte de thérapie permet au psychologue avec des enjeux narcissiques de créer une relation « d'intimité » avec son client, tout en évitant de ressentir sa propre vulnérabilité (Goulding & McClendon, 1988). Par contre, lorsque les enjeux narcissiques sont réactivés dans le CT du psychologue, la capacité de ce dernier à réguler la réponse affective évoquée en lui et à mentaliser son CT permettra soit une meilleure compréhension de son client (Remen, May, Young, & Berland, 1985) soit occasionnera des failles empathiques importantes (Mordecai, 1991).

Liens théoriques entre le narcissisme, l'empathie et le CT

Dans un article clinique explorant les relations entre le narcissisme, le CT et

l'empathie, Ivey (1995) parle d'équilibre narcissique ou de symétrie narcissique pour décrire les dynamiques relationnelles inconscientes qui se déploient en thérapie et qui protègent le psychologue et le client contre la possibilité de vivre une blessure d'estime de soi. Il décrit deux types de symétrie, l'une positive et l'autre négative. Dans le premier cas, le psychologue et son client évitent d'aborder et d'explorer les thèmes ou les émotions qui pourraient blesser l'estime de l'autre ou provoquer un sentiment de vulnérabilité face à l'autre. Les deux protagonistes déploient leurs défenses narcissiques pour maintenir une position idéalisée dans leur relation et évitent ainsi d'établir une relation thérapeutique dans laquelle les transferts négatifs, essentiels au processus thérapeutique, seraient explorés (Finell, 1985). Cet équilibre peut être maintenu sur une longue période lorsqu'il satisfait les besoins d'admiration et d'idéalisation du client et du psychologue (Ivey, 1995). La symétrie négative, quant à elle, engage les défenses narcissiques de la dyade lorsque celle-ci n'arrive plus à répondre aux besoins d'admiration et d'idéalisation de l'autre. Des sentiments hostiles, désengagés et négatifs s'installent entre les deux protagonistes, nuisant à leur capacité de collaborer. À titre d'exemple, à la suite d'une interprétation hâtive soulignant le sentiment de vulnérabilité du client, ce dernier pourrait devenir dévaluant avec son psychologue pour se protéger contre le sentiment de vulnérabilité. En réponse à cette dévaluation, le psychologue vulnérable sur le plan narcissique pourrait s'identifier à la critique méprisante de son client et se sentir incompetent et invalidé par celui-ci.

Pour Ivey (1995), les symétries narcissiques positives et négatives représentent un écueil pour le traitement puisque, pour maintenir ces positions, le psychologue utilise son

client comme objet de son propre transfert (Reich, 1960) et projette sur lui ses émotions et besoins inconscients. Il réagit à ses propres enjeux et altère ainsi la compréhension clinique des enjeux personnels et actuels du client (Hardy, 1979). Les efforts du psychologue sont alors déployés pour maintenir la symétrie narcissique au détriment du développement d'une relation empathique avec son client. Pour Ivey, la meilleure position est une asymétrie narcissique dans laquelle l'estime du psychologue est stable et n'est pas influencée, ou du moins seulement de façon temporaire, par les défenses de son client. Le psychologue peut alors ressentir le monde affectif du client et comprendre la signification de ses défenses, puisqu'il arrive à se distancer des identifications projetées par celui-ci.

En résumé, le CT et l'empathie sont deux processus nécessitant une identification au monde affectif du client (Peabody & Gelso, 1982; Tansey & Burke, 1989). Lors d'un CT, les enjeux personnels du psychologue sont activés, nuisant à sa capacité de se distancer de sa propre réaction afin de maintenir sa position empathique (Reich, 1960). Les psychologues avec un NV élevés sont plus sujets à vivre des CT de forte intensité, particulièrement lorsque leur estime est menacée (Ivey, 1995) ou que leurs clients ne reflètent pas les aspects idéalisés de leur représentation de soi (Thomson, 1993). D'ailleurs, des études ont montré que les personnes avec un NV présentent des difficultés de régulation affective menaçant leur capacité empathique (Di Pierro et al., 2017; Gunderson, 2001). Bien que le narcissisme puisse se présenter sous différentes formes (grandiose ou vulnérable) dans les enjeux des psychologues, la forme vulnérable a été choisie comme variable de cette recherche. En effet, puisque l'empathie spécifique dépend des capacités de régulation

affective du psychologue et que le narcissisme vulnérable montre de grandes difficultés dans ce domaine, il semble que le psychologue vulnérable serait particulièrement à risque lors d'une rupture thérapeutique. Si la rupture évoque chez le psychologue vulnérable des sentiments de honte, d'incompétence ou de rejet, il est possible que le CT évoqué ne soit pas adéquatement régulé et nuise à la capacité empathique du psychologue.

Détresse personnelle

La détresse personnelle (DP) est définie comme une réponse affective intense et désagréable d'une personne face à la détresse d'une autre personne. Bien que la DP soit mesurée comme une dimension de l'empathie dans l'indice de réactivité interpersonnelle de Davis (1980), plusieurs auteurs la considèrent comme un concept distinct (Batson, Fultz, & Schoenrade, 1987; Cheng et al., 2007; Decety, Yang, & Cheng, 2010; Kim & Han, 2018; Spreng et al., 2009). Dans les prochains paragraphes, les études démontrant la distinction entre la DP et l'empathie seront présentées.

Dans le cadre d'une récente étude (Kim & Han, 2018), les auteurs auraient comparé les corrélations entre la détresse personnelle et différents facteurs de fonctionnement avec celles présentées par des mesures d'empathie générale et ces mêmes facteurs. Les résultats ont montré que la DP corrèle positivement avec la présence de rumination, de symptômes dépressifs, des comportements orientés vers soi dysfonctionnels et de perception de soi négative. Les mesures d'empathie affective générale montraient, quant à elles, des corrélations négatives avec ces composantes du

fonctionnement. En résumé, selon les résultats de cette étude, une personne avec une DP élevée utilise des stratégies de régulation affective opposées aux stratégies choisies par les personnes montrant une empathie affective élevée, ce qui témoignerait de leur nature distincte. Les résultats montrent également que les stratégies de régulation affective des personnes avec une DP élevée (rumination, perception négative de soi, symptômes dépressifs, comportements orientés vers soi) sont opposées à une disposition empathique, puisqu'elles ne permettent pas de se décentrer de sa propre souffrance et de s'intéresser à celle des autres.

Pour Batson et ses collègues (1987), la DP et l'empathie seraient deux réponses affectives face à la détresse ou à la demande d'aide d'une autre personne, motivées par des raisons différentes. En effet, devant une personne en détresse, les individus avec une DP élevée ont plus tendance à s'engager dans des comportements égocentriques, c'est-à-dire opter pour des comportements qui diminuent leur propre détresse, plutôt que d'aider la personne en question. Lorsque la seule possibilité pour diminuer la réponse vicariante de détresse est d'aider l'autre, il est possible que la personne avec une DP élevée porte alors secours à autrui. Cette aide est cependant motivée par le désir de diminuer l'intensité de la réaction affective évoquée par la détresse de l'autre. Les personnes avec une empathie plus élevée auraient, quant à elles, tendance à apporter de l'aide en ressentant des émotions altruistes (chaleur, compassion, etc.) et en régulant de façon plus adéquate leurs propres réactions affectives. Les personnes avec une DP élevée adopteraient des comportements d'évitement ou de fuite pour diminuer leur détresse personnelle, alors que

les personnes avec une plus grande empathie adopteraient des comportements altruistes pour soutenir les personnes dans le besoin.

Afin de mieux comprendre la nature distincte de ces deux concepts, des hypothèses neuropsychologiques ont montré que la capacité de ressentir l'affect d'une personne et celle permettant d'y réfléchir impliquent des zones différentes du cerveau. En observant les zones cérébrales activées chez des psychologues et chez des non-psychologues, les auteurs ont remarqué que devant une personne en détresse, les psychologues auraient tendance à activer les zones cérébrales permettant la régulation affective et la compréhension des émotions, alors que les individus non psychologues activeraient celles permettant de ressentir l'émotion de l'autre (Cheng et al., 2007; Decety et al., 2010). Les neuropsychologues expliquent leur résultat par l'hypothèse des ressources cognitives limitées du cerveau. Pour pouvoir réfléchir la souffrance du client, les psychologues doivent se détacher de la souffrance de celui-ci afin de mobiliser et de diriger leurs ressources cognitives limitées vers les zones du cerveau permettant la régulation affective et la compréhension des émotions (Eisenberg & Eggum, 2009). Ainsi, les personnes qui seraient absorbées par la détresse de l'autre n'auraient plus de ressources cognitives disponibles pour comprendre cognitivement ce que cette émotion représente pour l'autre (Eisenberg, Spinrad, & Knafo-Noam, 2015).

À la lumière des études empiriques discutées plus haut, il est possible de croire que la détresse personnelle du psychologue peut interférer de façon importante avec sa

capacité d'être empathique avec le client. Comme mentionné plus haut, le psychologue avec une DP élevée aurait tendance à utiliser des stratégies de régulation affective dysfonctionnelles telles que la rumination (Kim & Han, 2018), à adopter des comportements d'évitement ou de fuite devant une personne en détresse (Batson et al., 1987) ou à mobiliser ses ressources cognitives vers les zones cérébrales bloquant le processus empathique (Cheng et al., 2007; Decety et al., 2010). Dans le cadre de la psychothérapie, il apparaît donc pertinent de croire que plus un psychologue a une DP élevée, plus son empathie spécifique risque d'être diminuée devant un client en détresse.

L'insécurité d'attachement des clients est l'une des grandes sources de détresse travaillée en thérapie. L'insécurité d'attachement se présente sous trois formes à l'âge adulte : préoccupé, évitant et craintif (désorganisé) (Bartholomew & Horowitz, 1991) et se manifeste rapidement lors d'une psychothérapie. Le travail du psychologue est alors de créer un espace sécurisant pour explorer la nature des craintes relationnelles du client. Lorsque l'insécurité d'attachement de ces clients se déploie dans la relation, il est possible qu'il soit plus difficile pour le psychologue avec une DP élevée d'offrir un contexte sécurisant au client, propice à l'exploration des enjeux relationnels. Les prochains paragraphes permettront de définir les différents types d'attachement chez les clients et explorer les liens empiriques qui unissent l'attachement du client aux différentes composantes de la relation thérapeutiques susceptibles d'influencer l'empathie spécifique du psychologue, notamment sa détresse personnelle.

Attachement du client

Définition de l'attachement

Bowlby (1976, 1977, 1978, 1980, 1982) est certainement l'un des pionniers dans la recherche sur l'attachement. Pour l'auteur, le système d'attachement se forme très tôt dans l'enfance par le biais des relations parentales. Ce lien influencera l'organisation mentale et affective que l'enfant se fait de lui-même et de ses relations. Le système d'attachement de Bowlby s'inscrit dans une perspective ethnologiste et évolutionniste. Selon cette théorie, l'enfant vient au monde avec deux systèmes comportementaux ayant pour fonction de maintenir un contact avec les personnes dont il dépend et d'assurer sa survie et sa sécurité. Ainsi, lorsqu'une situation menace l'intégrité physique (Bowlby, 1982) ou psychologique de l'enfant (Bretherton, 1985; Bretherton & Munholland, 2008), il adopte différents comportements ayant pour fonction de diminuer sa détresse et de protéger son intégrité. Par exemple, un enfant pleure lorsqu'il a besoin d'être nourri ou lorsqu'il ressent le besoin d'être rassuré. Chez les enfants, quatre styles d'attachement ont été identifiés en fonction des stratégies utilisées pour réguler leur détresse : sécure, évitant, ambivalent (Ainsworth, 1979) et désorganisé (Main & Solomon, 1986). Une fois adulte, le système d'attachement représente une dimension importante de la personnalité, de la capacité à réguler les affects (Riess, 2012; Siegel, 1999) et à investir les relations intimes (Hazan & Shaver, 1987).

Quelques années plus tard, Hazan & Shaver (1987) ont étudié les différents types d'attachement des adultes en relation amoureuse. Ils remarquent des différences importantes

dans la perception de l'amour entre les trois styles d'attachement adulte (attachement sécure, préoccupé et évitant). Bartholomew & Horowitz (1991) ont également étudié les styles d'attachement à l'âge adulte dans un contexte plus large que les relations amoureuses. Ils proposent un modèle à deux dimensions, anxiété d'abandon et peur de l'intimité, formant quatre styles d'attachement, auxquels s'ajoute le style craintif. Il est à noter que certains auteurs utilisent le terme « désorganisé » pour parler de l'attachement craintif chez l'adulte (Fonagy & Target, 1997; Hollidge & Hollidge, 2016; Liotti, 2004; Main, 1995a; Westen, Nakash, Thomas, & Bradley, 2006). Dans le cadre de cette recherche, le terme désorganisé sera utilisé en raison de l'opérationnalisation de l'instrument de mesure choisi. Chacun de ces types d'attachement est caractérisé par des façons différentes d'être en relation et de se percevoir comme personne.

L'attachement sécure se réfère à la capacité d'investir des relations intimes et implique de tolérer des positions de dépendance et d'autonomie sans ressentir la crainte d'être envahi ou abandonné. C'est le style d'attachement le plus confiant en relation. Il se développe par une interaction positive, constante et ajustée entre l'enfant et son parent. Le parent de la dyade sécure valide les émotions de l'enfant et répond de façon constante à ses besoins. L'enfant développe ainsi une image positive de soi et des autres. L'attachement sécure permet à l'adulte d'avoir confiance que ses besoins seront comblés et sa détresse apaisée par ses relations intimes et qu'il mérite cette interaction réconfortante (Bowlby, 1980). Il sentira également qu'il a les ressources nécessaires pour réguler sa propre détresse

(Collins & Feeney, 2000) et ultimement, qu'il peut lui aussi soutenir une personne en détresse (Bowlby, 1977).

Les trois autres types d'attachement sont présents chez les adultes dont les premières relations d'attachement n'ont pas permis de combler les besoins de base et de réassurance de façon constante et adéquate. L'enfant n'a donc pas la possibilité d'apprendre à réguler adéquatement ses émotions, fragilisant sa capacité de régulation émotionnelle à l'âge adulte (Schore, 2000; Siegel, 1999) et sa capacité à investir ses relations interpersonnelles (Hazan & Shaver, 1987). Les personnes avec un attachement préoccupé intériorisent une image positive des autres et une image négative de soi. Cela engendre une grande anxiété d'être abandonné ou de ne pas être aimé de son partenaire et un sentiment de valeur personnelle faible. Pour se défendre contre la peur d'être abandonnée, la personne avec un attachement préoccupé utilise des stratégies d'hyperactivation, c'est-à-dire qu'elle cherchera rapidement la réassurance et la validation constante de son partenaire (Kobak & Sceery, 1988). Ce type d'attachement se manifeste par un besoin de fusionner avec la personne aimée, d'appartenir à une relation intime (Brennan et al., 1998), par l'impression de ne pas avoir les ressources pour apaiser sa détresse émotionnelle (Bowlby, 1977), par une intensité émotionnelle et par une impulsivité en relation (Bartholomew & Horowitz, 1991; Collins & Read, 1990).

L'attachement évitant se réfère à un malaise lors de relations intimes, à une méfiance relationnelle et à une crainte de dépendre de l'autre. Les personnes avec un attachement

évitant intériorisent une image négative des autres et une image positive de soi. L'attachement évitant se manifeste par le sentiment de posséder les capacités nécessaires pour réguler sa détresse, une méfiance en relation et une tendance à éviter l'intimité (Brennan et al., 1998). En situation de détresse, ils ont donc tendance à désactiver leur système d'attachement, utilisant ainsi leurs propres ressources pour s'apaiser et ultimement pour éviter de ressentir le besoin d'être réassuré par l'autre (Kobak & Sceery, 1988). Des études mesurant le niveau de cortisol et le rythme cardiaque des enfants évitants ont montré que ces derniers vivaient des niveaux de stress plus élevés que la moyenne lorsqu'ils étaient séparés du parent, tout en ne démontrant aucun signe de détresse (Zelenko et al., 2005). Les personnes avec ce type d'attachement se coupent de leurs émotions de détresse personnelle et évitent les relations interpersonnelles intimes.

Le quatrième type d'attachement, soit l'attachement craintif ou désorganisé, est présent chez des adultes ayant vécu de la négligence ou de la violence dans l'enfance (Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989). Pour ces enfants, les personnes responsables de les rassurer et de prendre soin d'eux représentaient également une menace pour leur intégrité (Main, 1995a). Selon l'étude empirique de Beebe et ses collègues (2010), le plus grand traumatisme vécu par ces enfants est le mauvais accordage affectif répété avec le parent. Plus précisément, lorsque ces enfants exprimaient une détresse, le parent responsable était incapable de comprendre leur besoin et de le rassurer. Il en résultait un niveau de cortisol plus élevé dans le sang des enfants avec un attachement désorganisé que dans celui des autres enfants (Hertsgaard, Gunnar, Erickson, &

Nachmias, 1995; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). La capacité du parent à rester accordé affectivement avec le monde affectif de son enfant et sa capacité à le réconforter lorsque l'accordage est moins efficace représentent les éléments essentiels de la sécurité d'attachement (Farber & Metzger, 2009).

Ces expériences relationnelles traumatiques (négligence, violence, mauvais accordage) ont un impact grave sur le développement affectif et cognitif de ces enfants. En effet, les enfants avec un attachement désorganisé intègrent des représentations de soi et des autres négatives et vivent une grande ambivalence dans leur relation d'attachement. L'ambivalence relationnelle est décrite par Main (1995b) comme un désir d'entrer en relation pour être rassuré tout en craignant d'être blessé ou abandonné dans cette interaction. L'adulte avec ce type d'attachement alternera entre des stratégies de rapprochement et des demandes de réassurance caractéristiques du style anxieux (hyperactivation) et par des stratégies de désactivation du style évitant (Bartholomew & Horowitz, 1991; Collins & Read, 1990; Main & Solomon, 1990; Siegel, 1999) lorsqu'il est en détresse. Ces tentatives désordonnées et chaotiques pour s'apaiser s'avèrent généralement inefficaces et maintiennent un niveau de détresse élevé et constant (Holmes, 2004, 2010). En raison de la peur concomitante d'être abandonné et celle d'être en relation intime, les personnes avec un attachement désorganisé ont plus de difficulté à réguler leurs émotions et à investir des relations de façon satisfaisante. Bien que les trois styles d'attachement insécures aient été associés à des difficultés relationnelles et personnelles importantes durant la vie adulte (Baumeister, Heatherton, & Tice, 1994; Tangney, Baumeister, & Boone, 2004), Shaver et

Clark (1994) soutiennent que le style d'attachement désorganisé présenterait le plus haut niveau d'insécurité et de méfiance.

Liens empiriques entre l'attachement du client et l'alliance thérapeutique

Dans une étude empirique sur le style d'attachement, les ruptures thérapeutiques et la qualité de l'alliance thérapeutique, Eames et Roth (2000) ont utilisé une régression linéaire multiple pour explorer l'impact des différents styles d'attachement sur la formation de l'alliance, en contrôlant pour la variable de la qualité initiale de la relation thérapeutique. Pour ce faire, 30 clients de 11 psychologues ont évalué la qualité de leur relation thérapeutique à la deuxième séance. L'évaluation initiale de l'alliance était le premier prédicteur de la qualité de l'alliance de la cinquième séance. Les chercheurs utilisaient ensuite le style d'attachement du client dans la deuxième étape de la régression linéaire multiple. Les résultats ont montré que les styles d'attachement sécure, évitant et préoccupé prédisent une amélioration de la qualité de la relation thérapeutique, en contrôlant pour l'évaluation initiale. Les prédictions positives de l'attachement évitant et préoccupé sur la qualité de l'alliance étaient surprenantes pour les auteurs. Ces résultats s'ajoutent à des résultats contradictoires dans les écrits (Bruck, Winston, Aderholt, & Muran, 2006; Reis & Grenyer, 2004). En effet, alors qu'une étude menée par Bruck et ses collègues (2006) a montré une association négative entre l'attachement préoccupé et l'alliance, sans trouver de relation significative pour le style d'attachement évitant, celle de Reis et Grenyer (2004) a montré que l'attachement évitant était corrélé négativement avec l'alliance, mais pas

l'attachement préoccupé. Des contradictions importantes concernant la relation entre ces deux styles d'attachement et l'alliance demeurent donc dans les écrits.

Pour tenter d'expliquer ces résultats surprenants, Eames et Roth (2000) proposent que les psychologues, du moins les psychologues de cette étude, ont ajusté leurs stratégies thérapeutiques et leur façon d'entrer en relation avec leurs clients préoccupés et évitants en fonction des besoins relationnels perçus chez eux (Roth & Fonagy, 2005; Rubino, Barker, Roth, & Fearon, 2000). Cela aurait permis de diminuer leurs défenses et d'améliorer la qualité de l'alliance en cours de traitement. Il est possible que cette adaptation soit plus difficile avec une clientèle présentant un attachement craintif à cause de la peur concomitante de l'intimité et de l'abandon. D'ailleurs, Eames et Roth (2000) montrent que le type d'attachement craintif est un prédicteur négatif de l'évolution de l'alliance à la cinquième séance et ce, en contrôlant l'évaluation initiale de l'alliance. Comme l'avaient montré deux autres études (Diener & Monroe, 2011; Satterfield & Lyddon, 1998), les auteurs ont également suggéré que l'attachement craintif est un prédicteur négatif de la qualité de l'alliance en début de traitement. À la lumière de ces résultats, il semble que les clients avec un attachement craintif ont plus de difficulté à développer un lien satisfaisant avec leur psychologue. Comme mentionné plus haut, l'attachement craintif est lié à un désir ambivalent d'être en relation. Ce désir suscite la crainte d'être blessé par l'autre si une relation intime s'installe et la crainte d'être abandonné lorsqu'une relation se développe. Ces craintes se transposent dans la relation thérapeutique et se manifestent par une difficulté à se dévoiler de façon authentique, par une méfiance envers son

psychologue, par une tendance à se désengager du processus thérapeutique et à éviter les confrontations avec le psychologue (Bartholomew & Horowitz, 1991; Cyranowski et al., 2002; Mikulincer & Shaver, 2007). À la lumière de ces études, il est possible d'identifier des résultats contradictoires en ce qui concerne les liens entre les composantes du processus thérapeutique et les styles d'attachement préoccupé et évitant (Bruck et al., 2006; Eames & Roth, 2000; Reis & Grenyer, 2004). Cependant, il semble exister un consensus quant à l'attachement désorganisé (craintif). Ce dernier présente des relations négatives avec les processus et les résultats thérapeutiques dans la majorité des études empiriques (Diener & Monroe, 2011; Eames & Roth, 2000; Satterfield & Lyddon, 1998). Ce style d'attachement a d'ailleurs été choisi dans la présente recherche comme un facteur appartenant à la personnalité du client pouvant affecter négativement certains processus thérapeutiques. Le terme retenu pour qualifier l'attachement du client sera « attachement désorganisé », puisque ce terme est davantage utilisé dans les écrits de la psychologie clinique. C'est également le terme choisi par les auteurs de l'instrument de mesure sélectionné pour évaluer l'attachement chez les clients.

En ce qui concerne le nombre de ruptures rapportées en fonction du style d'attachement, Eames et Roth (2000) ont montré que les clients avec un style d'attachement préoccupé rapportaient vivre plus de ruptures que les clients présentant un autre style d'attachement, alors que ceux avec un attachement évitant en rapportaient significativement moins. Les auteurs soutiennent que ces résultats s'avèrent préliminaires et qu'il est

important d'inclure dans les recherches futures la variable rupture pour mieux comprendre les processus qui l'influencent.

Attachement désorganisé, rupture thérapeutique et psychothérapie

La psychothérapie, toute orientation théorique confondue, représente une relation dans laquelle le client en détresse recherche un espace sécurisant et apaisant. Cet espace dépend en partie de la capacité du psychologue à adopter un rôle sécurisant et rassurant auprès de son client, permettant l'exploration des émotions difficiles chez ce dernier (Holmes, 2013). Elle dépend également des capacités de régulation affective du client et de sa capacité à créer une relation interpersonnelle avec son psychologue (Wallin, 2007). L'attachement sécure est un prédicteur important de la qualité de l'alliance thérapeutique en début de traitement (Diener & Monroe, 2011) et de l'amélioration de celle-ci durant le traitement (Goldman & Anderson, 2007; Saatsi, Hardy, & Cahill, 2007). Les clients sécures forment généralement de meilleures alliances avec leur psychologue, puisqu'ils font plus facilement confiance à celui-ci, ont des attentes positives envers la thérapie et possèdent de meilleures capacités interpersonnelles (Mikulincer & Shaver, 2007).

Les clients avec des attachements désorganisés montrent plus de difficultés que les clients présentant d'autres types d'attachement à créer une relation thérapeutique (Diener & Monroe, 2011; Eames & Roth, 2000; Satterfield & Lyddon, 1998). Ces difficultés sont en partie expliquées par leurs expériences répétées de mauvais accordage affectif et par leurs représentations de soi et des autres négatives (Liotti, 2004). Dans le

contexte de la psychothérapie, et plus particulièrement lors d'une rupture thérapeutique, l'ambivalence relationnelle des clients avec un attachement désorganisé est rapidement activée. Ainsi, l'envie de se rapprocher de son psychologue pour trouver du réconfort en moment de détresse sera inévitablement accompagnée de la peur d'être maltraité, blessé ou incompris par ce dernier (Cassidy & Mohr, 2001). La confusion vécue dans la rupture, le mauvais accordage affectif avec le psychologue et la difficulté à faire confiance à la relation sont susceptibles d'évoquer des souvenirs traumatiques chez le client (p. ex., ne pas être compris, être négligé par la personne dont il dépend).

Attachement désorganisé, CT et empathie spécifique

Dans la relation thérapeutique, comme dans toutes autres relations de dépendance, le client avec un attachement désorganisé mobilisera une série de mécanismes de défense pour se protéger contre le danger de l'intimité et de l'abandon. Un des mécanismes de défense les plus utilisés est la dissociation (Liotti, 2004), permettant d'écarter de la conscience les états mentaux traumatiques pouvant fragiliser le sentiment de sécurité relationnelle. C'est un mécanisme de défense puissant qui occasionne cependant de graves conséquences. Les expériences et émotions écartées de la conscience ne sont plus disponibles pour être explorées, mentalisées et intégrées en un tout cohérent (Liotti, 2009). Il est alors très difficile pour ces clients de modifier leurs perceptions de soi et des autres, puisqu'une grande partie de leurs expériences affectives n'est pas utilisée pour entrer en contact avec l'autre. À titre d'exemple, à l'approche des vacances du psychologue, un client avec un attachement désorganisé ne ressent aucune émotion quant à son départ, mais

multipliera les appels entre les séances. Questionné sur ces appels, le client pourrait se sentir critiqué par le psychologue, mais n'arrivait pas à réfléchir à l'angoisse qui émerge face à l'absence à venir de ce dernier. Devant des émotions (p. ex., colère) menaçant l'équilibre relationnel ou la stabilité affective de la relation thérapeutique, la dissociation permet de rejeter de la conscience du client les affects perturbateurs.

Bien que la dissociation protège le client de l'expérience de revivre certaines émotions traumatiques, celles-ci sont tout de même rejouées dans la relation thérapeutique et ressenties par le psychologue à travers les processus d'identification et d'identification projective. Comme tous les autres clients, ceux avec un attachement désorganisé revivent leur représentation de soi et des autres à l'intérieur de la thérapie et y réagissent de façon plus ou moins consciente. Le transfert de ces clients est donc empreint d'émotions négatives et de pessimisme face à la capacité de la dyade d'apporter des changements positifs à sa souffrance. Il en résulte chez le psychologue des CT négatifs intenses entourant les émotions d'agression, de peur, de rage, de haine, de culpabilité, de dégoût, de désespoir, de solitude et d'impuissance (Dalenberg, 2004; Steele, Hodges, Kaniuk, & Steele, 2010; Wallin, 2007).

Dans un article clinique sur l'attachement, Shilkret (2005) présente les différents types d'attachement du client en lien avec les transferts et les contre-transferts qu'ils suscitent. Chez les clients avec un attachement désorganisé, l'auteur identifie la présence de transferts intenses et négatifs qui fluctuent rapidement dans la séance ou d'une séance à l'autre. À l'aide d'une vignette clinique, il décrit une cliente qui pouvait se présenter de

façon calme et posée lors d'une rencontre pour ensuite supplier son psychologue de l'aider à soulager sa souffrance et enfin montrer une attitude de passivité, de découragement et d'impuissance à la rencontre suivante. Le CT du psychologue était également intense, celui-ci ayant l'impression de ne pas avoir les compétences pour aider sa cliente et un sentiment de grande confusion quant à la compréhension des symptômes divers de celle-ci. À la lumière des observations cliniques, il est possible de croire que la présence d'un attachement désorganisé chez un client influence donc certains processus thérapeutiques, notamment la nature et l'intensité du CT, ainsi que la qualité de l'empathie du psychologue. La présence de défenses archaïques telles que la dissociation (Liotti, 2009), une grande méfiance relationnelle (Cassidy & Mohr, 2001) et des affects dérégulés et imprévisibles (Fonagy et al., 2002, 2010; Shilkret, 2005) chez ces clients, évoque des expériences d'identification fragmentaires et intenses chez les psychologues. Ces identifications fragmentées et intenses entraînent généralement des CT négatifs et également intenses. La confusion qui est évoquée chez plusieurs psychologues devant ce type de client témoigne des difficultés empathiques vécues devant un client avec un attachement désorganisé. Pour maintenir une posture empathique, il est essentiel que le psychologue maintienne son calme devant les affects dérégulés du client et régule son CT (Shilkret, 2005). Un psychologue montrant des difficultés à réguler la réponse affective évoquée en lui pourrait avoir de la difficulté à réguler son CT et maintenir son niveau d'empathie. La DP du psychologue, tout comme l'attachement désorganisé du client, pourraient ainsi influencer négativement certains processus thérapeutiques, notamment le CT et l'empathie spécifique du psychologue.

Conclusion sur les écrits

Les ruptures thérapeutiques sont des événements inévitables dans toute thérapie (Safran & Muran, 2000). Elles représentent à la fois une possibilité de traitement exceptionnelle et un écueil dangereux pour la qualité de l'alliance. Lors de la rupture thérapeutique, le psychologue et le client jouent de façon plus ou moins consciente les dynamiques relationnelles dysfonctionnelles du client (Mellado et al., 2017) et du psychologue (Safran, 1993). Cette dynamique perpétue le conflit psychologique du client et ravive ses traumatismes passés, en plus de nuire à une meilleure compréhension du client par le psychologue (Mellado et al., 2017) et à la qualité de l'alliance thérapeutique avec celui-ci. Des ruptures thérapeutiques non résolues sont associées à des terminaisons hâtives (Rhodes et al., 1994). Par conséquent, résoudre les ruptures thérapeutiques lorsqu'elles se présentent s'avère un objectif thérapeutique en soi, puisqu'elles permettent d'établir et d'améliorer l'alliance (Barber et al., 2013) tout en favorisant les capacités d'introspection du client (Krause et al., 2007). Une fois la rupture nommée et identifiée par la dyade, la tâche du psychologue est de favoriser un contexte dans lequel il pourra explorer, avec son client, la signification des émotions vécues dans la rupture. Pour ce faire, l'empathie du psychologue s'avère une condition essentielle permettant d'amorcer ce processus (Safran & Muran, 2000, 2006; Safran & Segal, 1990), en permettant de s'identifier au vécu du client, tout en gardant une distance suffisante pour conserver une position réflexive. Dans le cadre de cette recherche, les facteurs appartenant à la personnalité du psychologue, du client et à la nature de leur relation seront étudiés afin de mieux comprendre comment ils influencent l'empathie du psychologue durant un moment

de rupture thérapeutique.

L'un des écueils de la capacité du psychologue à se distancier de l'identification vécue dans la rupture est son contre-transfert (Tansey & Burke, 1989). Tout comme l'empathie spécifique, le CT peut être considéré comme une variable relationnelle influencée à la fois par les dispositions du psychologue, du client et par la rencontre de ces dispositions. Une fois activé dans la relation, le CT peut nuire à la possibilité de se distancier de l'identification s'il n'est pas régulé adéquatement (Tansey & Burke, 1989). La nature des interventions du psychologue et sa compréhension de son client risquent donc d'être guidées par son propre conflit plutôt que par les besoins inconscients de son client (Reich, 1960).

L'un des enjeux les plus fréquents dans le fonctionnement des psychologues se réfère à son besoin d'être aimé et validé. Le narcissisme du psychologue et les enjeux associés sont susceptibles d'être activés dans les suivis avec ses clients (Halewood & Tribe, 2003; Miller, 1979, 1997; Sussman, 1992), particulièrement lors d'une rupture thérapeutique. Chez les psychologues avec des enjeux narcissiques, l'apparition d'une rupture thérapeutique pourrait donc intensifier ses craintes de rejet et de confrontation avec le client et ainsi nuire à sa capacité de se distancer de l'identification et de maintenir ses capacités empathiques.

Pour maintenir une posture empathique, il est essentiel pour le psychologue de réguler les réponses affectives évoquées par l'identification aux affects du client (Tansey & Burke, 1989). La détresse personnelle témoigne de difficultés de régulation affective importantes (Eisenberg et al., 2015) du psychologue. Ces difficultés pourraient influencer plusieurs dimensions de sa relation avec son client et plus particulièrement son empathie (Eisenberg & Eggum, 2009). Les clients présentant des attachements désorganisés sont particulièrement sensibles au contexte d'insécurité affectif présent dans leurs relations, en raison de leurs traumatismes passés et de leur méfiance relationnelle (Main, 1995a). Devant un psychologue dérégulé sur le plan affectif, il est possible que ce type de client active ses défenses d'attachement et se désorganise en fonction de l'incapacité de son psychologue à l'apaiser. En effet, comme le rappelle Shilkret (2005), le calme et la constance sont deux outils cliniques essentiels en présence de clients avec des attachements désorganisés. Selon les connaissances cliniques actuelles, il est possible de croire que plus un psychologue vit des difficultés à réguler sa propre détresse, plus son client avec un attachement désorganisé montre des signes de détresse dans leur relation (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy et al., 2010; Kernberg, 2003; Shilkret, 2005).

La DP et l'attachement désorganisé témoignent tous les deux des capacités de régulation affective déficientes de la dyade thérapeutique. Ces difficultés de régulation affective présentes dans la dyade pourraient influencer négativement les processus thérapeutiques. Dans le domaine clinique, il est connu que les clients avec un attachement désorganisé suscitent des CT intenses et généralement négatifs chez leur psychologue (Dalenberg, 2004; Shilkret, 2005; Steele et al., 2010; Wallin, 2007), menaçant grandement

la capacité déjà limitée de ce dernier s'il est aux prises avec une DP élevée à se distancer de l'identification et à demeurer empathique avec son client.

Objectifs et hypothèses

L'objectif général de cette recherche est de mieux comprendre le fonctionnement empathique du psychologue durant une rupture thérapeutique avec son client. Dans le cadre de la recherche, les ruptures sont considérées comme un évènement thérapeutique qui impose une pression supplémentaire sur le CT et sur l'empathie spécifique du psychologue. Par leurs apparitions dans la rencontre thérapeutique, les ruptures peuvent activer des enjeux personnels du psychologue, qui interfèrent alors avec son CT et ses capacités empathiques. Les ruptures pourraient donc mettre en lumière certains aspects de la personnalité du psychologue, notamment son narcissisme, sa détresse personnelle et son empathie générale, ainsi que des aspects de la personnalité du client (attachement), qui participent à la qualité ou à la détérioration de l'empathie spécifique du psychologue.

Le premier volet de cette recherche à une visée exploratoire. Il cherche à mieux comprendre l'influence de la personnalité du psychologue sur différents processus thérapeutiques, dont l'empathie spécifique et le CT, en fonction de la rupture thérapeutique. La première hypothèse tente de mieux comprendre l'influence de l'empathie générale (EG) du psychologue et de la résolution de la rupture sur son empathie spécifique (ES). La deuxième hypothèse vise à mieux comprendre la relation entre la détresse personnelle (DP) du psychologue, en fonction de la résolution de la rupture thérapeutique, sur son ES. Pour

ce faire, la relation entre l'EG et l'ES du psychologue, ainsi que la DP et l'ES du psychologue, seront étudiées en fonction de la résolution de la rupture (*poursuite* ou *termination* suite à la rupture). Ces deux relations seront étudiées à l'aide de deux analyses de modération distinctes. Selon notre connaissance actuelle des écrits sur la rupture thérapeutique et sur l'empathie, aucune étude n'a porté sur les relations entre les ruptures thérapeutiques et les deux niveaux d'empathie. Cependant, en considérant que l'avènement d'une rupture thérapeutique met une pression sur les capacités de régulation affective du psychologue, il est attendu que la qualité de la résolution de la rupture peut modérer la capacité empathique spécifique du psychologue.

Hypothèse 1 : Il est attendu que la rupture modère de façon significative la relation entre l'EG et l'ES du psychologue.

Hypothèse 2 : Il est attendu que la rupture modère de façon significative la relation entre la DP et l'ES du psychologue.

La deuxième partie du premier volet vise à mieux comprendre l'influence du narcissisme vulnérable (NV) sur l'empathie spécifique et sur le CT positif (CT+) et CT négatif (CT-) en fonction de la résolution de la rupture. Pour ce faire, trois analyses de modération seront effectuées pour chacune des variables dépendantes (empathie spécifique, CT+ et CT-).

Hypothèse 3 : Il est émis comme hypothèse que la rupture modère la relation entre le NV du psychologue et l'ES.

Hypothèse 4 : Il est émis comme hypothèse que la rupture modère la relation entre le NV du psychologue et le CT-.

Hypothèse 5 : Il est émis comme hypothèse que la rupture modère la relation entre le NV du psychologue et le CT+.

Le deuxième volet de l'étude vise à mieux comprendre la relation entre les dispositions affectives du psychologue et du client sur les processus thérapeutiques. Plus précisément, il vise à explorer si la détresse personnelle du psychologue est associée à l'attachement désorganisé du client et si ces deux composantes de la régulation affective influencent deux processus thérapeutiques, soient le CT- et l'ES. Pour ce faire, une analyse de médiation à deux facteurs (attachement désorganisé et CT-) sera utilisée pour expliquer la relation entre la DP du psychologue et son ES durant une rupture.

Hypothèse 6 : Il est émis comme hypothèse que l'attachement désorganisé du client et le CT- sont des médiateurs de la relation entre la DP du psychologue et son ES.

Méthode

Participants

La collecte de données de cette recherche a commencé en mars 2018 et s'est terminée en octobre 2018. L'échantillon compte 90 psychologues ou doctorants en psychologie clinique. Ceux-ci ont été contactés par différents moyens : 1) par l'entremise de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) et par l'Association des psychologues du Québec; 2) par l'entremise d'un courriel envoyé aux étudiants du doctorat de l'Université de Sherbrooke par le département de psychologie de l'Université de Sherbrooke; 3) par l'entremise de contacts personnels de la chercheure principale via les réseaux sociaux (Facebook) ou par le courriel d'établissements professionnels (cliniques privées de la région de Montréal, Québec et Sherbrooke). Les participants recevaient par l'un des moyens ci-dessus la lettre d'invitation à participer au projet de recherche (voir Appendice A) qui expliquait le déroulement de la recherche et qui indiquait la démarche à suivre pour participer. Les critères d'inclusion pour faire partie de l'étude sont : 1) détenir un permis de pratique de l'OPQ ou être interne en psychologie clinique et être supervisé par un psychologue détenant un permis de pratique de l'OPQ, et 2) être en mesure de cibler une relation thérapeutique dans laquelle une rupture thérapeutique a été vécue et pouvoir décrire sur le plan de l'attachement et des informations sociodémographiques le client avec lequel la situation de rupture a été vécue.

L'échantillon compte 72 femmes et 14 hommes, et un peu moins de la moitié de

est âgée entre 25-34 ans ($n = 38$). La proportion hommes/femmes de l'échantillon (1/5) est plus faible que celle dénombrée par le rapport de l'Ordre des psychologues en mars 2018 (1/3). La majorité des participants sont conjoints de fait ($n = 29$) ou en couple ($n = 26$), alors que 14 participants sont célibataires, 11 sont mariés et 6 séparés ou divorcés. Près de la moitié des participants sont d'orientation psychodynamique analytique ($n = 34$); les autres participants sont d'orientation cognitive-comportementale ($n = 22$), humaniste existentielle ($n = 18$), systémique interactionnelle ($n = 5$) ou d'une autre approche théorique ($n = 7$). La majorité des psychologues qui ont participé à la recherche ont 5 à 9 ans d'expérience clinique ($n = 28$), travaillent actuellement dans un contexte professionnel public ($n = 38$) ou privé ($n = 30$) et rencontrent entre 15 et 19 clients par semaine ($n = 34$). En ce qui concerne la consultation personnelle en psychologie, 82,6 % de l'échantillon aurait déjà consulté, alors que 29,1 % d'entre eux consultent actuellement. Plus du trois quarts de l'échantillon ($n = 68$) participent à des rencontres de supervision clinique dans le cadre de leur formation continue. Le Tableau 1 présente l'échantillonnage en fonction des variables sociodémographiques.

Tableau 1

Distribution des participants selon les variables sociodémographiques

| Variables sociodémographiques | n = 86 | % |
|---|--------|------|
| Genre | | |
| Femme | 72 | 83,7 |
| Homme | 14 | 16,3 |
| Âge | | |
| 25-35 ans | 38 | 44,2 |
| 35-45 ans | 16 | 18,6 |
| 45-60 ans | 20 | 23,3 |
| Plus de 60 ans | 12 | 14,0 |
| Statut conjugal | | |
| Célibataire | 14 | 16,3 |
| Couple | 26 | 30,2 |
| Conjoint de fait | 29 | 33,7 |
| Marié (e) | 11 | 12,8 |
| Séparé (e) | 6 | 7,0 |
| Années d'expérience | | |
| Moins de 5 ans | 17 | 19,8 |
| Entre 5 à 10 ans | 28 | 32,6 |
| Entre 10 à 15 ans | 5 | 5,8 |
| Entre 15 à 20 ans | 11 | 12,8 |
| Entre 20 à 25 ans | 8 | 9,3 |
| Entre 25 ans à 30 ans | 9 | 10,5 |
| Plus de 30 ans | 8 | 9,3 |
| Contexte professionnel | | |
| Privé | 30 | 34,9 |
| Public (Centre hospitalier, CSLC) | 38 | 44,2 |
| Privé/public | 15 | 17,4 |
| Programme d'aide aux employés | 2 | 2,3 |
| Autre | 1 | 1,2 |
| Nombre de rencontres par semaine | | |
| Moins de 5 | 5 | 5,8 |
| Entre 5 et 10 | 12 | 14,0 |
| Entre 10 et 15 | 26 | 30,2 |
| Entre 15 et 20 | 34 | 39,5 |
| Plus de 25 | 9 | 10,5 |
| Consultation personnelle antérieure en psychothérapie | | |
| Oui | 71 | 84,5 |
| Non | 13 | 15,5 |
| Consultation personnelle actuelle en psychothérapie | | |
| Oui | 25 | 29,8 |
| Non | 59 | 70,2 |
| Supervision | | |
| Oui | 68 | 81,0 |
| Non | 16 | 19,0 |

Pour ce qui est des clients en rupture décrits par les psychologues participants, la majorité sont des femmes ($n = 61$), célibataires ($n = 44$) ou en couple ($n = 20$) et ont un travail temps plein ($n = 28$) ou sont aux études ($n = 32$). La durée moyenne des suivis se situe entre 6 et 11 mois ($ET = 0,19$). Enfin, 33,7 % ($n = 29$) des suivis en rupture se sont conclu par une poursuite de la thérapie et une amélioration de l'alliance, 11,6 % ($n = 10$) des suivis ont été marqués par une diminution de la qualité de l'alliance suite à la rupture et 54,7 % ($n = 47$) des suivis se sont terminés de façon hâtive suite à la rupture. Étant donné le faible pourcentage de participants dans la catégorie résolution négative (*poursuite de la thérapie malgré une diminution de la qualité de l'alliance*), cette catégorie a été ajoutée à la catégorie résolution positive. Ainsi, 45,3 % ($n = 39$) de l'échantillon en rupture aurait maintenu une alliance suffisante à la poursuite de la thérapie, et ce, même pour les suivis marqués par une fluctuation de la qualité de l'alliance.

Déroulement

La participation à cette étude était volontaire et non rémunérée. Les participants contactés par courriel ou Facebook ont été invités à participer à la recherche par la lettre d'invitation à participer à la recherche (voir Appendice A). Dans cette lettre, les participants étaient informés de l'objet d'étude, des implications sommaires de leur participation, notamment du temps de passation évalué à 60 minutes, et de la procédure pour participer. Ils pouvaient ainsi accéder aux questionnaires disponibles en ligne sur la plateforme canadienne sécurisée *Simplesondage*. Ils devaient ensuite lire le formulaire de consentement (voir Appendice B) et accepter les modalités de participation. Le formulaire contenait

plusieurs informations importantes dont l'anonymat des résultats, la possibilité d'enregistrer leurs réponses en cliquant sur l'onglet « enregistrer mes réponses », pour poursuivre leur participation plus tard, et la possibilité d'arrêter leur participation à tout moment. Il était également précisé qu'une fois les données soumises à la chercheuse, il ne serait plus possible de retirer les données de l'échantillon, puisqu'aucune information permettant d'identifier leur questionnaire n'est demandée.

Une fois le consentement signé, les participants étaient invités à remplir un questionnaire sociodémographique (voir Appendice C) permettant de recueillir des informations personnelles et professionnelles. Ils étaient ensuite invités à cibler un suivi dans lequel ils avaient vécu une rupture thérapeutique dans les derniers six mois. La définition suivante d'une rupture était proposée aux participants afin de les aider dans l'identification de cet événement thérapeutique : « *une détérioration de la qualité du lien entre le psychologue et le client, par une détérioration de la communication ou par un échec à installer un contexte de collaboration* » (Safran & Muran, 2006). « *Le processus de changement est momentanément suspendu puisque le psychologue et le client n'arrivent plus à construire du matériel signifiant* » [traduction libre] (Billow, 2007).

Une fois la relation en rupture ciblée, les participants devaient se reporter à ce suivi thérapeutique et à ce moment de rupture pour répondre aux questionnaires suivants : un questionnaire sociodémographique permettant de recueillir des informations sur le client en rupture (voir Appendice D), un questionnaire d'attachement du client (voir Appendice E),

un questionnaire du CT (voir Appendice F), et un questionnaire d'empathie spécifique (voir Appendice G). À la suite à cette première étape, ils étaient invités à répondre aux questionnaires suivants en fonction de leur mode de comportement général : à deux questionnaires d'empathie générale (voir Appendice H et I) et un questionnaire sur le narcissisme vulnérable (voir Appendice J).

Instruments

Questionnaire sociodémographique

Ce questionnaire permet d'avoir un portrait démographique (âge, sexe, statut marital) et professionnel (années d'expérience, approche théorique, psychothérapie personnelle) des psychologues et de leur client en rupture.

Questionnaires des variables à l'étude

Le questionnaire d'empathie de Toronto (*Toronto Empathy Questionnaire; TEQ; Spreng et al., 2009*).

Le TEQ est un questionnaire auto-rapporté de 16 énoncés fréquemment utilisé pour mesurer les processus affectifs et cognitifs de l'empathie. Il a été développé afin de pallier à l'hétérogénéité des mesures auto-rapportées et des résultats dans les écrits. Les auteurs ont ainsi conduit une analyse factorielle exploratoire sur 142 énoncés des mesures auto-rapportées utilisées en clinique. Le TEQ mesure à la fois les processus cognitifs et affectifs. Plus précisément, il mesure la fréquence d'un comportement ou d'une pensée, sur une échelle Likert en cinq points (*jamais, rarement, parfois, souvent, toujours*). Le questionnaire

donne un score total d'empathie; plus le score est élevé, plus le participant montre une empathie générale élevée. Le TEQ montre une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,85$) et une bonne fiabilité test-retest ($r = 0,81, p < 0,001$). Il montre une bonne cohérence interne ($\alpha r = 0,85$) et une bonne fiabilité test-retest ($r = 0,81, p < 0,001$). La validité convergente a été mesurée avec les sous-échelles de la mesure auto-rapportée *Interpersonal Reactivity Index*. Le TEQ est associé positivement à deux des sous-échelles, soit celle de *Perspective Taking* ($r = 0,29$) et d'*Empathic Concern* ($r = 0,74$). La validité convergente a également été montrée avec une mesure comportementale de l'empathie, soit *The Reading the Mind in the Eyes Test-Revised* ($r = 0,35$). La validité divergente est également bonne avec le test *Autism Quotient* ($r = -0,30$). Le questionnaire a été adapté en français, chez une population canadienne-française (Pion & Viel, 2013). L'adaptation a un indice de cohérence interne de 0,79 et une bonne validité convergente et divergente. Ce questionnaire a été choisi pour ses qualités psychométriques et la rapidité de la passation. Le score total du TEQ mesurera l'empathie générale (EG) du psychologue.

L'indice de réactivité interpersonnelle (*Interpersonal Reactivity Index*; IRI; Davis, 1980).

L'IRI est un questionnaire auto-rapporté multidimensionnel de 28 énoncés. L'auteur conceptualise l'empathie comme les réactions d'un individu face à l'expérience affective d'une autre personne. L'IRI comprend quatre sous-échelles mesurant les dimensions cognitives et affectives de l'empathie. L'empathie cognitive est évaluée à partir des sous-échelles *fantasmes* et *mise en contexte*, mesurant respectivement la capacité d'un individu à

se transposer dans un personnage fictif et la tendance spontanée d'un individu à adopter le point de vue psychologique d'une autre personne. Les sous-échelles *préoccupation empathique* et *détresse personnelle (DP)* évaluent l'empathie affective en mesurant les sentiments de sympathie, de compassion et d'inquiétude envers autrui. L'échelle *détresse personnelle (DP)* mesure l'anxiété ou le malaise d'une personne lorsqu'elle est confrontée à une expérience négative d'une autre personne. Elle mesure les émotions orientées vers soi, contrairement à la sous-échelle *préoccupation empathique*. Les quatre sous-échelles contiennent sept énoncés mesurés sur une échelle Likert en cinq points (1 = *Ne me décrit pas bien*, 3 = *Me décrit moyennement*, 5 = *Me décrit très bien*). Plus le participant obtient un score élevé à une sous-échelle, plus le participant montre des capacités empathiques dans cet aspect de l'empathie. Seule la sous-échelle de la détresse personnelle sera utilisée dans la présente recherche, puisqu'elle capte la sensibilité du psychologue à la détresse d'autrui et les réactions d'anxiété évoquées par la détresse de l'autre.

Ce questionnaire a été choisi puisqu'il montre de bonnes qualités psychométriques et pour sa rapidité de passation. Les sous-échelles montrent de bons indices de cohérence interne ($\alpha = 0,68$ à $0,79$) et de bons indices de fidélité test-retest (variant de $0,61$ à $0,71$; Davis, 1980) L'adaptation française de l'instrument a été faite par Gilet et al. (2013) et montre une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,76$) et une bonne fidélité test-retest dans un intervalle de temps de 12 mois ($r = 0,85$).

Le *Barrett-Lennard Relationship Inventory* (BLRI; Barrett-Lennard, 1962).

Le BLRI est un questionnaire auto-rapporté de 92 énoncés mesurant cinq composantes de l'empathie spécifique, soit « compréhension empathique », « niveau de considération », « inconditionnalité de la considération », « congruence » et « volonté d'être connu ». Les énoncés se répondent sur une échelle Likert en six points, allant de *tout à fait faux* (1) à *tout à fait vrai* (6); plus les participants ont un score élevé aux échelles, plus ils démontrent une empathie spécifique élevée. Étant donné les fortes corrélations entre les sous-échelles du BLRI (0,65 et 0,93), seule la sous-échelle « compréhension empathique » a été retenue comme mesure de l'empathie spécifique. Cette sous-échelle évalue comment le psychologue prend conscience de l'expérience affective immédiate du client dans un contexte particulier. Plus spécifiquement, la sous-échelle *compréhension empathique* inclut deux processus distincts qui s'influencent durant la thérapie, soit la reconnaissance empathique et l'inférence empathique. La reconnaissance empathique fait référence à la capacité de ressentir et de mettre en mot les émotions directement communiquées ou symbolisées dans le discours de la personne écoutée. L'inférence empathique fait référence à la capacité du psychologue à mettre en mot des émotions indirectement communiquées (comprendre que le client vit de la colère envers le psychologue par ses retards répétés). Ils varient en fréquence et en intensité en fonction de la dyade thérapeutique et des événements thérapeutiques. La sous-échelle possède de bonnes propriétés psychométriques avec une cohérence interne de 0,81 (Barrett-Lennard, 1962). Cette sous-échelle a été traduite en français par Lussier (2015) avec la méthode de traduction inversée (Vallerand, 1989). L'échelle de compréhension empathique permettra de mesurer

le niveau d'empathie spécifique du psychologue (ES).

Échelle du narcissisme hypersensible (*Hypersensitive Narcissism Scale*; HSNS; Hendin & Cheek, 1997).

Le HSNS (Hendin & Cheek, 1997) est un questionnaire auto-rapporté de dix énoncés mesurant de façon succincte les aspects de vulnérabilité et de sensibilité du narcissisme hypersensible. Les énoncés sont mesurés sur une échelle Likert en cinq points, allant de *très inhabituel ou faux, fortement en désaccord* (1) à *très habituel ou vrai, fortement en accord avec l'énoncé* (5). Plus le score est élevé, plus le narcissisme vulnérable est élevé. Le questionnaire montre une cohérence interne variant de 0,62 à 0,76 selon l'échantillon. Puisqu'aucune validation en français n'a été faite pour ce questionnaire, Chamberland (2016) a procédé à une traduction de l'anglais au français, puis du français à l'anglais, tel que proposé par la méthode de traduction inversée de Vallerand (1989). Les versions traduites étaient fidèles à la version originale, appuyant une bonne validité apparente. Ce questionnaire permettra de mesurer le niveau de narcissisme vulnérable (NV) du psychologue.

Questionnaire du contre-transfert (*Countertransference Questionnaire*; CTQ; Betan et al., 2005).

Le CTQ est un questionnaire auto-rapporté de 79 énoncés permettant de mesurer les réponses comportementales, cognitives et affectives du psychologue lorsqu'il interagit avec un client spécifique et d'identifier des dynamiques relationnelles qui émergent dans

la relation thérapeutique (Betan et al., 2005). L'analyse factorielle des énoncés a permis de dégager huit facteurs indépendants de l'orientation théorique des cliniciens. La sous-échelle « envahi/désorganisé » (9 énoncés; $\alpha = 0,90$) décrit une envie de fuite ou d'évitement du client, ainsi que des émotions négatives intenses, alors que la sous-échelle « impuissant/inadéquat » (9 énoncés; $\alpha = 0,88$) englobe des sentiments d'inadéquation, d'incompétence, de désespoir et d'anxiété. La sous-échelle « critiqué/maltraité » (18 énoncés; $\alpha = 0,83$) implique des sentiments d'être rejeté, dévalué ou non apprécié par le client. La sous-échelle « désengagé » (4 énoncés; $\alpha = 0,83$) se réfère à des sentiments d'ennui, d'agacement et de perte d'attention durant les rencontres. Il est possible de regrouper la moyenne des énoncés de ces quatre sous-échelles pour obtenir un score de CT-. Le CT+ est obtenu en additionnant la moyenne des quatre sous-échelles qui suivent. La sous-échelle « sexualisé » (5 énoncés; $\alpha = 0,77$) regroupe les sentiments sexualisés ressentis envers le client ou les tensions sexuelles ressenties dans la relation. La sous-échelle « positif/satisfait » (8 énoncés; $\alpha = 0,86$) renvoie à une alliance thérapeutique positive et une bonne collaboration avec le client, alors que la sous-échelle « parental/protecteur » (6 énoncés; $\alpha = 0,80$) se réfère à une envie de mater et protéger le client. Elle implique une position parentale du psychologue. La sous-échelle « spécial/surimpliqué » (5 énoncés; $\alpha = 0,75$) englobe les difficultés de maintien du cadre thérapeutique et l'impression du psychologue que ce client est spécial comparativement à ses autres clients. Les participants répondent sur une échelle Likert en cinq points allant de *pas vrai du tout* (1) à *tout à fait vrai* (5). Plus le score est élevé dans une sous-échelle,

plus le CT du psychologue ressemble à celui décrit dans la sous-échelle. Le CTQ a été traduit en français par la traduction inversée (Vallerand, 1989). Ce questionnaire a été choisi pour ces bonnes qualités psychométriques et puisqu'il renseigne sur la nature de la relation thérapeutique spécifique avec un client.

Le questionnaire d'attachement adulte (Adult Attachment Questionnaire; AAQ; Westen et al., 2006).

Le questionnaire d'attachement adulte est un questionnaire permettant au psychologue d'évaluer la qualité du système d'attachement de son client à partir de 37 énoncés décrivant le discours du client et la façon dont il entre en relation avec son psychologue. Les énoncés sont formulés dans un langage courant afin de permettre son utilisation aux psychologues de toutes orientations théoriques. Le psychologue indique sur une échelle Likert en sept points (1 = *faux*, 7 = *vraiment vrai*) à quel point l'énoncé correspond à son client. La cotation du questionnaire permet de distinguer quatre styles d'attachement (*secure*; $\alpha = 0,85$; *avoidant*; $\alpha = 0,77$; *preoccupied*; $\alpha = 0,76$; *disorganized*; $\alpha = 0,76$).

Création de variables et analyses statistiques

En considérant le petit échantillon de la présente recherche, certains choix concernant les variables utilisées ont été faits afin de pouvoir répondre aux hypothèses de recherche et respecter les postulats de base des analyses statistiques choisies. Tout d'abord, huit sous-échelles du questionnaire du CTQ (Betan & Westen, 2009) ont été regroupées en

deux sous-échelles, CT- et CT+, selon une procédure décrite dans leur article de validation. Afin d'augmenter la puissance statistique de leur analyse, les auteurs ont choisi de regrouper les huit sous-échelles en deux facteurs globaux. Ainsi, les scores des sous-échelles « critiqué/maltraité », « impuissant/inadéquat », « envahi/désorganisé » et « désengagé » ont été regroupés dans un facteur global appelé CT-. Le score des sous-échelles « positif/satisfait », « parental/protecteur », « spécial/surimpliqué » et « sexualisé » correspond au score du facteur de CT+.

En deuxième lieu, considérant le petit échantillon de l'étude et le nombre important de variables, il a été décidé d'utiliser la sous-échelle *détresse personnelle* de l'*Indice de réactivité interpersonnelle* pour les analyses principales. En effet, cet outil permet, grâce à cette sous-échelle, de mesurer une difficulté empathique du psychologue qui pourrait, selon les hypothèses de l'étude, interférer avec le niveau d'ES.

Finalement, il a été décidé d'utiliser l'attachement désorganisé du client pour les analyses subséquentes, bien que les autres types d'attachement (anxieux, évitant et sécure) ait également montré des corrélations significatives avec les variables à l'étude. Ce choix a été fait en fonction de nos hypothèses et de la documentation sur l'attachement. En effet, selon les écrits, les clients avec un attachement désorganisé influencent davantage les processus thérapeutiques par leurs enjeux relationnels de méfiance (Diener & Monroe, 2011; Eames & Roth, 2000; Satterfield & Lyddon, 1998) et par l'utilisation de mécanismes de défense tels que la dissociation (Liotti, 2004).

Les prochaines analyses seront réalisées à l'aide du programme statistique SPSS et du module *Process* (Hayes, 2013). Le module *Process* permet de faire des analyses de modération et de médiation. Les analyses de modération permettent d'évaluer si une variable modifie la relation entre deux autres variables en termes de direction ou de force. Pour ce faire, un modèle de modération est choisi en fonction de la nature de la modération étudiée. Le modérateur, la variable prédite et le prédicteur sont entrés dans le type de modèle choisi et leur relation est testée à l'aide du module *Process*. Il sera ainsi possible de vérifier si la relation entre le prédicteur et la variable prédite est modifiée par le modérateur. S'il existe un lien de modération, *Process* indiquera un effet d'interaction significatif. Il sera ensuite possible d'identifier dans quelle condition du modérateur la relation entre le prédicteur et la variable prédite est modifiée. Il s'agit d'effets conditionnels et chaque condition du modérateur possède un coefficient témoignant de sa force et de la direction qu'il donne à la relation de prédiction, ainsi qu'un seuil de signification. Le module *Process* permet également de créer un graphique permettant de visualiser plus facilement la relation entre les variables du modèle. Dans la présente recherche, le modèle 1 proposé par Hayes sera utilisé pour évaluer les cinq premières hypothèses.

En ce qui concerne les analyses de médiation, le module *Process* permet d'évaluer si la relation entre le prédicteur et la variable prédite existe grâce à d'autres variables, appelées variables médiatrices. La relation de médiation peut être partielle ou totale, c'est-à-dire que les médiateurs expliquent en partie la relation entre le prédicteur et la variable prédite ou l'expliquent totalement. Les relations entre chacune des variables sont calculées

à l'aide des effets indirects, directs et totaux. La relation totale inclut la relation indirecte et directe. La relation directe est celle qui existe entre le prédicteur et la variable prédite sans considérer l'effet des médiateurs. La relation indirecte est celle qui considère l'effet des médiateurs dans la relation entre le prédicteur et la variable prédite. Dans la présente recherche, le modèle 6 sera utilisé, puisqu'il permet de mesurer la relation de deux médiateurs sur la relation entre un prédicteur et une variable prédite.

Résultat

L'objectif général de la recherche est d'explorer les facteurs qui influencent l'empathie spécifique et le CT du psychologue dans un contexte de rupture thérapeutique. Pour ce faire, des facteurs appartenant à la personnalité du psychologue (narcissisme, détresse personnelle, niveau empathie générale), à la personnalité du client (attachement) et la qualité de leur relation (nature du CT, empathie spécifique) ont été mesurés. La prochaine section présente les analyses statistiques effectuées dans le programme statistique SPSS qui ont permis de répondre aux questions de l'étude.

La présente section est divisée en deux parties. La première partie présente les corrélations bivariées entre les variables à l'étude et permet de faire des analyses préliminaires des relations qui les unit. La deuxième partie présente les analyses effectuées pour vérifier les trois hypothèses de recherche. Le premier objectif de recherche visait à mieux comprendre les facteurs influençant l'ES du psychologue et son CT lors d'une rupture thérapeutique. La première hypothèse visait à explorer la possibilité d'un lien de modération entre l'empathie générale et l'empathie spécifique du psychologue en fonction de la qualité de la résolution de la rupture (*poursuite* ou *termination*). La deuxième visait à explorer la possibilité d'un lien de modération entre la détresse personnelle et l'empathie spécifique du psychologue en fonction de la qualité de la résolution de la rupture (*poursuite*

ou *termination*). Pour ce faire, deux analyses de modération ont été effectuées sur les deux variables prédites. Il était attendu que la résolution de la rupture modère la relation entre l'EG et l'ES, tout comme la relation entre la DP et l'ES. Les trois hypothèses suivantes exploraient l'influence du narcissisme vulnérable sur l'empathie spécifique et sur le CT du psychologue en fonction de la rupture thérapeutique. Pour ce faire, trois modérations ont été effectuées sur les trois variables prédites. Il était attendu que la résolution de la rupture modère la relation entre le NV et le CT+, le CT- et l'ES. La cinquième hypothèse visait à vérifier l'hypothèse selon laquelle l'attachement désorganisé du client et un CT- du psychologue sont deux médiateurs expliquant la relation DP du psychologue et son ES durant une rupture thérapeutique.

Analyses préliminaires

Corrélations bivariées

Les corrélations bivariées entre les variables liées à l'empathie, les trois mesures d'empathie, l'empathie générale (EG), la détresse personnelle (DP) et l'empathie spécifique (ES) sont corrélées significativement entre elles, mais ne montrent pas de multicollinéarité. Comme il est décrit dans les écrits, la DP est négativement corrélée à l'EG ($r = -0,35, p < 0,001$) et à l'ES ($r = -0,34, p < 0,001$). L'EG et l'ES sont positivement corrélés ($r = 0,36, p < 0,001$).

Ensuite, les différentes mesures d'empathie montrent des corrélations significatives avec les facteurs de personnalité du psychologue, du client et la nature de leur relation. L'EG est négativement liée au NV ($r = -0,37; p < 0,001$). La DP est, quant à elle, positivement liée au NV ($r = 0,41; p < 0,001$) et à la désorganisation de l'attachement du client ($r = 0,23, p < 0,05$). Contrairement à l'EG, l'ES n'est pas liée au NV. L'ES est corrélée négativement avec l'attachement désorganisé du client ($r = -0,46, p < 0,001$), avec le CT- ($r = -0,52, p < 0,001$) et avec le CT+ ($r = 0,31, p < 0,001$).

Le CT+ est lié à la qualité de la résolution de la rupture ($r = -0,24, p < 0,05$) et le CT- est lié à la désorganisation du client ($r = 0,44, p < 0,001$). Le Tableau 2 présente les corrélations entre les variables à l'étude.

Prémisses des analyses de modération et de médiation

Avant de procéder aux analyses principales, les prémisses des analyses ont été vérifiées. La taille de l'échantillon de 86 participants est suffisante pour répondre aux critères $N > 50 + 8p$ et ce, pour les six hypothèses. Il n'y a pas d'indice de multicollinéarité ni de singularité puisque toutes les corrélations bivariées sont inférieures à 0,7 ($0,005 < r < 0,538$). Il n'y a pas de variables extrêmes et les postulats d'homocédasticité et de linéarité sont respectés. Le postulat de normalité est respecté pour la majorité des variables selon le test de Kolmogorov-Smirnov. Seuls l'EG du psychologue ($p = 0,033$), sa DP ($p = 0,025$), le

CT- ($p = 0,048$) et l'ES ($p = 0,043$) sont juste sous le seuil quant à la normalité des distributions.

Selon Tabachnick et Fidell (2013), la transformation des variables non normales n'est pas toujours nécessaire. En effet, les analyses multivariées sont suffisamment robustes pour assumer des variations dans l'échantillonnage. Par contre, les auteurs soutiennent que la qualité de la solution finale est généralement plus grande lorsque les données sont normales. Dans le cadre de cette recherche, des transformations ont été effectuées sur les variables ciblées pour normaliser leur distribution et vérifier si les transformations modifient les solutions finales des analyses.

En suivant la procédure proposée par Tabachnick et Fidell (2013), l'EG, la DP, le CT-, l'ES ont été soumis à des transformations pour normaliser leur distribution. Après chaque transformation, une analyse de la normalité est effectuée pour vérifier l'efficacité de la transformation. Après avoir analysé les graphiques des quatre distributions, il est remarqué que les quatre distributions montrent une asymétrie légèrement positive. Pour corriger des asymétries légèrement positives, les auteurs proposent d'appliquer une racine carrée aux données. Ainsi, l'EG, la DP, le CT- et l'ES montrent une distribution normale lorsque la fonction racine carrée est appliquée à leur distribution ($p = 0,053$; $p = 0,200$; $p = 0,200$; $p = 0,107$).

Enfin, les analyses qui incluent l'EG, la DP, le CT-, l'ES ont été effectuées avec les variables transformées et les variables originales pour comparer leur solution. Toutes les analyses (originales et transformées) montrent les mêmes solutions avec des indices

statistiques similaires. Pour des fins d'interprétation, les variables non transformées seront donc utilisées pour faciliter la compréhension et la discussion des résultats.

Tableau 2
Corrélation entre les variables à l'étude

| Variables | EG | ES | DP | RU | NV | CT+ | CT- | AD |
|-----------|----|---------|----------|--------|----------|---------|----------|----------|
| EG | | 0,378** | -0,325** | -0,021 | -0,348** | -0,036 | -0,005 | -0,053 |
| ES | | | -0,293** | 0,045 | -0,124 | 0,256* | -0,538** | -0,364** |
| DP | | | | -0,128 | 0,418** | -0,080 | 0,210 | 0,251* |
| RU | | | | | -0,277* | -0,251* | 0,008 | 0,168 |
| NV | | | | | | 0,114 | 0,152 | 0,155 |
| CT+ | | | | | | | -0,344** | -0,120 |
| CT- | | | | | | | | 0,443** |

Note. EG = Empathie générale. ES = Empathie spécifique. DP = Détresse personnelle. RU = rupture (poursuite et terminaison). NV = Narcissisme vulnérable. CT+ = Contre-transfert positif. CT- = Contre-transfert négatif. AD = Attachement désorganisé. ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Analyses principales

Pour répondre à la première hypothèse exploratoire de l'étude, c'est-à-dire que la rupture (*poursuite* ou *terminaison*) modère la relation entre l'EG et l'ES du psychologue, une analyse de modération simple est effectuée.

L'analyse de modération simple révèle que l'ensemble des facteurs étudié soit (EG, rupture et interaction) explique 18 % de la variance de l'ES du psychologue ($F(3,86) = 6,3951, p < 0,001$). Le tableau 3 montre les résultats des prédictors de l'analyse de modération simple. Ainsi, il est possible de constater que le TEQ et l'interaction sont des facteurs significatifs alors que la rupture ne prédit pas la variance de l'ES.

Tableau 3

Résultat de la prédiction de l'empathie générale sur l'empathie spécifique selon la rupture thérapeutique.

| Variabiles | <i>b</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------|----------|----------|----------|
| EG | 1,77 | 3,41 | 0,0010 |
| RU | -0,023 | -0,24 | 0,81 |
| Interaction | -0,78 | -2,44 | 0,019 |

Note. EG = Empathie générale; RU = Rupture.

Pour vérifier dans quelles conditions de la rupture l'EG est un prédicteur significatif de l'ES, une analyse des effets conditionnels a été menée. L'analyse des effets conditionnels indique que dans la condition *poursuite* de la thérapie, l'EG du psychologue prédit de façon positive l'ES du psychologue ($b = 0,99; t(86) = 4,26, p < 0,001$). Dans la condition *terminaison*, la relation entre l'EG et l'ES du psychologue n'est pas

significative ($b = 0,22$; $t(86) = 0,98$, $p = 0,33$;). La Figure 1 montre les effets conditionnels sous une forme graphique.

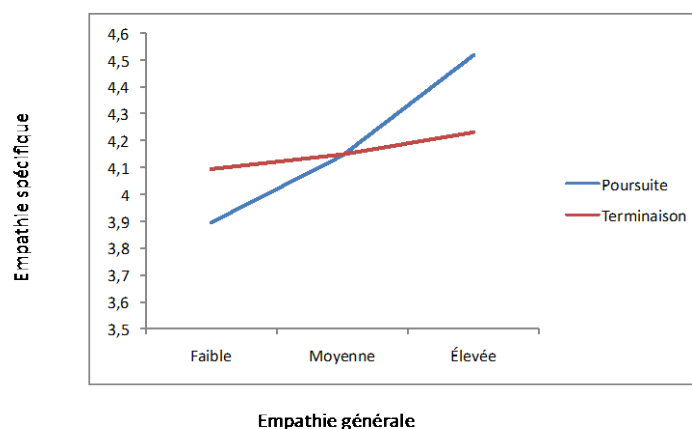


Figure 1. Prédiction de l'empathie spécifique selon l'empathie générale et la rupture thérapeutique

Pour répondre à la deuxième hypothèse, c'est-à-dire que la rupture modère la relation entre la DP et l'ES, une analyse de modération simple est effectuée. L'analyse révèle que l'ensemble des facteurs étudié (DP, rupture et interaction) prédit 18 % de la variance de l'ES du psychologue ($F(3,84) = 6,14$, $p < 0,001$). Le tableau 4 montre les résultats de chacun des prédicteurs de l'analyse de modération simple.

Tableau 4

Résultat de la prédiction de la détresse personnelle sur l'empathie spécifique selon la rupture thérapeutique.

| Variabiles | <i>b</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------|----------|----------|----------|
| DP | -0,88 | -3,82 | 0,0003 |
| RU | -0,069 | -0,72 | 0,47 |
| Interaction | 0,43 | 3,022 | 0,0033 |

Note. DP = Détresse personnelle; RU = Rupture.

Pour vérifier dans quelles conditions de la rupture la DP prédit l'ES, une analyse des effets conditionnels a été menée. Dans la condition *poursuite* de la thérapie, la DP du psychologue prédit son ES de façon négative ($b = -0,44$; $t(84) = -4,28$, $p < 0,001$) alors que la relation entre la DP ne prédit pas l'ES du psychologue dans la condition *termination* ($b = -0,011$; $t(84) = -0,11$, $p = 0,91$). La figure 2 montre les effets conditionnels sous forme graphique.

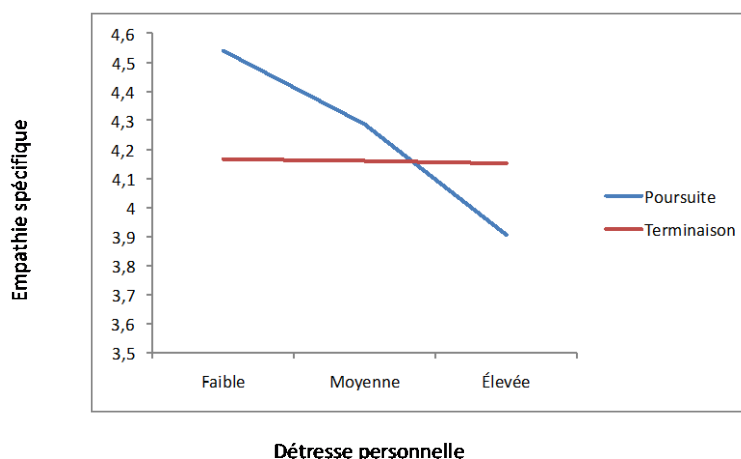


Figure 2. Prédiction de l'empathie spécifique selon la détresse personnelle et la rupture thérapeutique.

En ce qui concerne la deuxième partie de l'étude, les effets de la rupture sur la relation entre le NV du psychologue et sur l'ES et le CT ont été étudiés selon trois analyse de modération simple. D'abord, la modération simple mesurant l'effet de la rupture sur la relation entre le NV et l'ES a été effectuée. Elle révèle que l'ensemble des facteurs étudié soit le NV, la rupture et leur interaction, ne prédit pas l'ES du psychologue ($F(3,85) = 0,37$, $p = 0,78$; $R^2 = 0,013$). Le Tableau 5 présente les résultats des prédictors de la modération.

Tableau 5

Résultat de la prédiction du narcissisme vulnérable sur l'empathie spécifique selon la rupture thérapeutique.

| Variables | <i>b</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------|----------|----------|----------|
| NV | 0,0086 | 0,029 | 0,98 |
| RU | -0,031 | -0,30 | 0,77 |
| Interaction | -0,064 | -0,35 | 0,73 |

Note. NV = Narcissisme vulnérable; RU = Rupture thérapeutique.

Puisque les facteurs du modèle de modération (NV, rupture et interaction) ne prédisent pas l'ES du psychologue, les effets conditionnels ne seront pas analysés. La figure 3 montre les effets conditionnels non significatifs

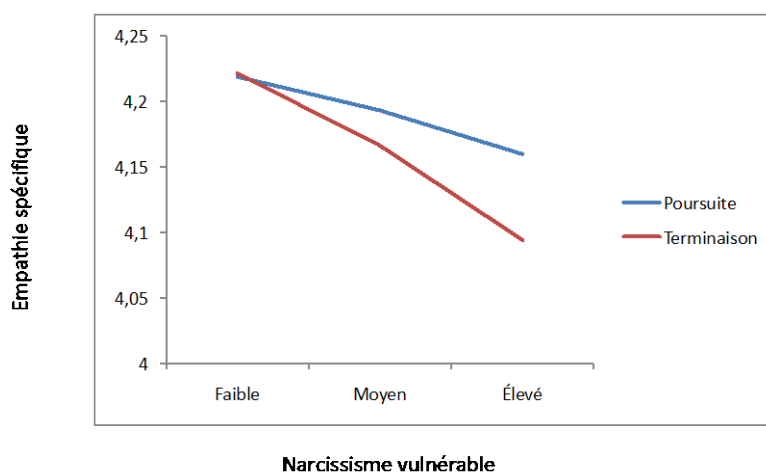


Figure 3. Prédiction de l'empathie spécifique selon le narcissisme vulnérable et la rupture thérapeutique

Ensuite, l'effet de la rupture sur la relation entre le NV et le CT- a été étudié. L'analyse de modération simple révèle que l'ensemble des facteurs (NV, rupture et

interaction) ne prédit pas le CT- du psychologue ($F(3,85) = 0,71, p = 0,55; R^2 = 0,025$).

Le Tableau 6 présente les résultats des prédicteurs de la modulation.

Tableau 6

Résultat de la prédiction du narcissisme vulnérable sur le contre-transfert négatif selon la rupture thérapeutique.

| Variabes | <i>b</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------|----------|----------|----------|
| NV | 0,093 | 0,27 | 0,79 |
| RU | 0,024 | 0,20 | 0,84 |
| Interaction | 0,041 | 0,19 | 0,85 |

Note. NV = Narcissisme vulnérable; RU = Rupture thérapeutique.

Puisque les prédicteurs (NV, rupture et leur interaction) ne prédisent pas le CT- du psychologue, les effets conditionnels ne seront pas analysés. La figure 4 montre les effets conditionnels non significatifs.

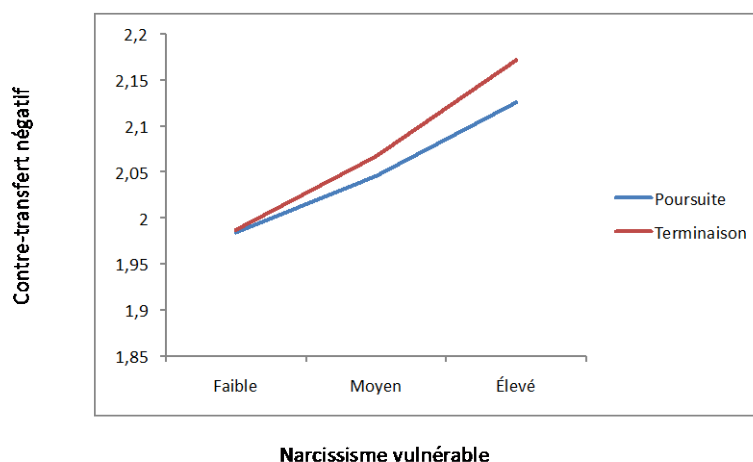


Figure 4. Prédiction du contre-transfert négatif selon le narcissisme vulnérable et la rupture thérapeutique.

La troisième analyse de modération permettait de vérifier si la rupture thérapeutique avait un effet modérateur sur la relation NV et CT+ du psychologue. L'analyse de modération simple révèle que l'ensemble des facteurs étudié (NV, rupture et interaction) prédit 12 % de la variance du CT+ du psychologue ($F(3,85) = 3,76, p = 0,014$). Le tableau 7 montre les résultats de chacun des prédicteurs de l'analyse de modération simple. Ainsi, il est possible de constater que le NV et l'interaction sont des facteurs significatifs alors que la rupture ne prédit pas de manière marginale les scores du CT+.

Tableau 7

Résultat de la prédiction du narcissisme vulnérable sur le contre-transfert positif selon la rupture thérapeutique.

| Variabes | <i>b</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-------------|----------|----------|----------|
| NV | 0,71 | 2,60 | 0,011 |
| RU | -0,19 | -1,92 | 0,059 |
| Interaction | -0,43 | -2,54 | 0,013 |

Note. NV = Narcissisme vulnérable; RU = Rupture thérapeutique.

Pour vérifier dans quelles conditions de la résolution de la rupture le NV a un effet significatif sur le CT+, une analyse des effets conditionnels a été menée. Dans la condition *poursuite* de la thérapie, le NV du psychologue prédit son CT+ de façon significative et positive ($b = 0,28; t(85) = 2,24, p = 0,028$) alors que le NV ne prédit pas le CT+ du psychologue dans la condition *termination* ($b = -0,16; t(85) = -1,33, p = 0,19$). Les résultats des effets conditionnels seront discutés dans la section suivante. La figure 5 montre les effets conditionnels de la modération simple sous forme graphique.

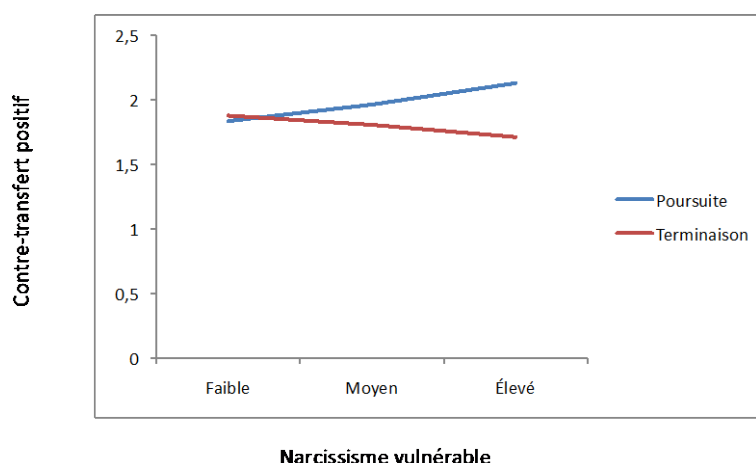


Figure 5. Prédiction du contre-transfert positif selon le narcissisme vulnérable et la rupture thérapeutique.

Pour répondre au troisième volet de l'étude, c'est-à-dire que l'attachement désorganisé du client et un CT- expliquent en partie le lien entre la DP et l'ES du psychologue lors d'une rupture thérapeutique, une analyse de médiation à deux facteurs sera effectuée.

Ainsi, il sera possible de vérifier si le psychologue avec une DP élevée montre une ES plus faible en présence d'un client avec un attachement désorganisé et lorsque que le psychologue vit un CT- (voir Figure 4). L'analyse de médiation à deux médiateurs révèle que l'attachement désorganisé du client et le CT- expliquent totalement le lien entre la DP du psychologue et son ES envers un client en rupture ($F(1, 84) = 7,87, p = 0,0062, R^2 = 0,086$). La relation initiale entre la DP et ES ($b = -0,21, p < 0,0062$) n'est plus significative une fois l'attachement désorganisé du client et le CT- considérés ($b = -0,12, p = 0,077$).

Bien que la relation de médiation soit significative, elle explique cependant que 8,6 % de la variance du modèle.

Il s'agit ainsi d'une relation de médiation totale. De plus, selon la procédure de Preacher et Hayes (2008), le lien indirect est significatif [IC 95 % -0,084; -0,0024]. Plus les psychologues vivent de la détresse personnelle, plus leur client avec un attachement désorganisé devient insécure et lorsque le client se désorganise sur le plan de l'attachement, le psychologue avec une DP élevée ressent un CT- plus important et son ES diminue.

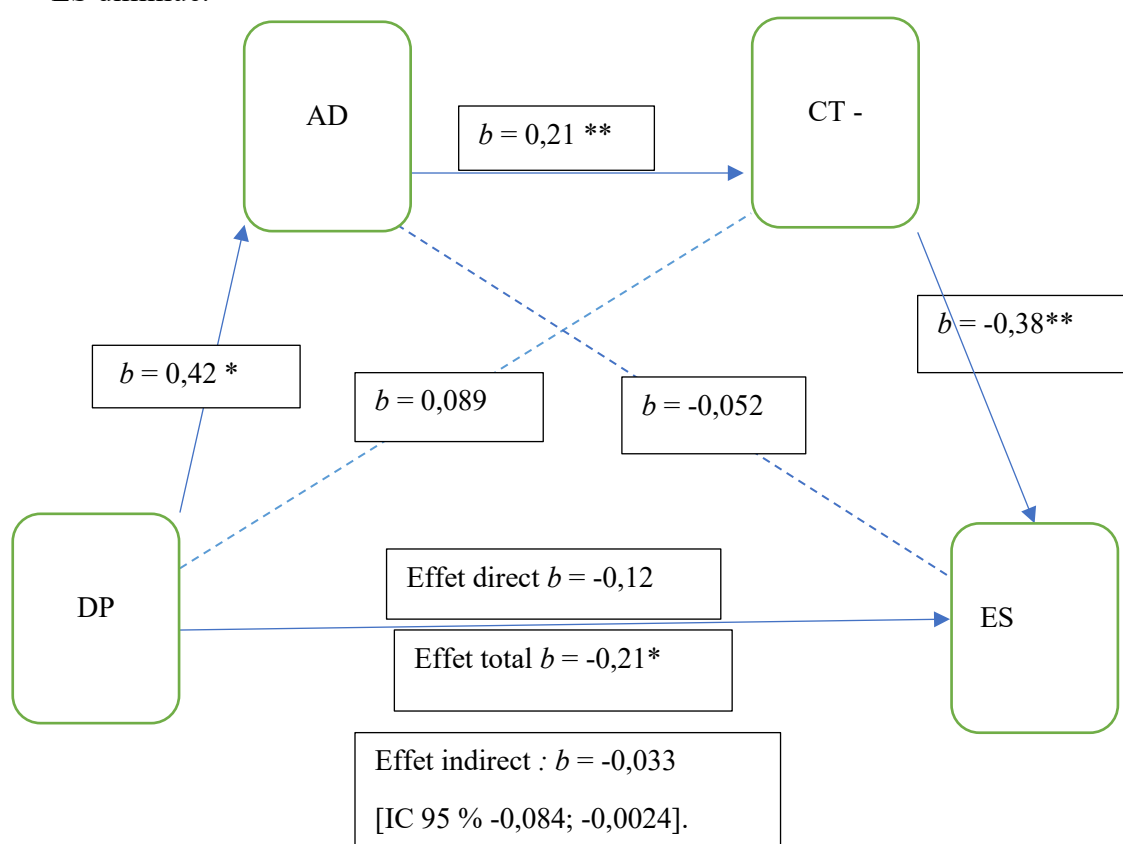


Figure 4. Prédiction de l'empathie spécifique du psychologue en fonction de sa détresse personnelle, de l'attachement de son client et du CT négatif.

Discussion

Dans cette section, les objectifs et hypothèses de l'étude seront discutés en fonction des résultats obtenus et des écrits. Les liens entre les résultats et les écrits seront également explorés afin d'évaluer l'état de la présente recherche. En un second temps, les implications cliniques et scientifiques de la recherche seront discutées. Enfin, les forces et les faiblesses de l'étude seront explorées.

Retour sur les objectifs et hypothèses

L'objectif général de cette recherche était de mieux comprendre le fonctionnement empathique du psychologue durant une rupture thérapeutique avec son client. Dans le but de cerner les processus thérapeutiques complexes qui se manifestent et influencent l'empathie du psychologue, un phénomène thérapeutique très près de l'empathie, le CT, a également été étudié. Le premier objectif spécifique était d'explorer l'influence de la personnalité du psychologue sur différents processus thérapeutiques (empathie spécifique et CT) en fonction de la qualité de la résolution de la rupture. Cet objectif se divisait en deux volets. Le premier volet explorait la capacité de prédiction de l'empathie générale (EG) du psychologue sur son empathie spécifique (ES) en fonction de la qualité de la résolution de la rupture. Il visait également à explorer la capacité de prédiction de la détresse personnelle (DP) sur l'ES en fonction de la qualité de la résolution de la rupture. Le deuxième volet visait à explorer l'influence du narcissisme vulnérable (NV) sur l'empathie spécifique, sur le CT négatif (CT-) et le CT positif (CT+) en fonction de la qualité de la résolution de la

rupture. Le deuxième objectif spécifique de l'étude visait à mieux comprendre les possibilités de prédiction de la détresse personnelle (DP) du psychologue sur son ES selon l'attachement désorganisé du client et le CT- vécu dans la relation.

Analyses de modération simple entre l'EG (total et DP) et l'ES selon la rupture thérapeutique

Le rationnel sous-jacent aux hypothèses 1 et 2 soutient que l'empathie générale (score total et DP) et l'empathie spécifique sont deux processus empathiques du psychologue influencés par des facteurs distincts (Tennen, Affleck, & Armeli, 2005). Sur le plan conceptuel, l'EG et l'ES mesurent toutes les deux la capacité du psychologue à comprendre et à ressentir le monde affectif d'une autre personne. Cependant, l'EG représente les capacités générales du psychologue qui sont déterminées par d'autres composantes de son fonctionnement (Miller, 1979, 1997; Ritter et al., 2011; Wai & Tiliopoulos, 2012) et serait relativement stable selon les contextes et le type d'interaction avec son client (Bonuso, 2014). Quant à elle, l'ES mesure l'empathie exprimée du psychologue dans une interaction spécifique, avec un client spécifique (Barrett-Lennard, 1962). L'ES serait donc particulièrement sensible aux caractéristiques du psychologue, aux caractéristiques du client et à la nature de la relation thérapeutique, dont les ruptures thérapeutiques. Ainsi, il était postulé que l'EG, un trait stable de la personnalité du psychologue, pouvait influencer ses capacités empathiques spécifiques, en fonction du type de rupture thérapeutique. Avant de commencer les analyses principales et de vérifier cette hypothèse, il s'avérait essentiel de vérifier si l'EG et l'ES étaient deux variables distinctes

sur le plan statistique. Les corrélations bivariées entre l'EG et l'EG montrent un lien positif, significatif et de taille moyenne, ce qui appuie statistiquement la nature distincte des deux variables. Les corrélations bivariées entre la DP et l'ES montrent un lien négatif, significatif et de taille moyenne, ce qui appuie également que les deux construits sont distincts sur le plan statistique. En effet, la corrélation entre l'EG et l'ES, ainsi que celle entre la DP et l'ES, ne sont pas suffisamment élevées pour présenter des indices de multicollinéarité ni de singularité. Ainsi, l'EG et la DP peuvent être considérées comme deux phénomènes distincts de l'ES.

La prochaine section contient la discussion des résultats de la première analyse de modération mettant en lien l'EG (score total) et l'ES selon la rupture thérapeutique. Cette section sera suivie des résultats de la modération entre la DP et l'ES selon la rupture. Une réflexion concernant les effets conditionnels de ces deux analyses de modération suivra ces deux sections.

Lien entre l'EG et l'ES selon la rupture

Concernant la première hypothèse, il était attendu que la rupture modère de façon significative la relation entre l'EG et l'ES du psychologue. L'analyse de modération à un facteur montre une relation d'interaction significative entre l'EG et l'ES selon le type de rupture (*poursuite et terminaison*). En d'autres mots, l'effet d'interaction appuie l'hypothèse formulée selon laquelle l'EG du psychologue influence l'ES différemment selon les conditions de la rupture. L'analyse des effets conditionnels permet de préciser cette

différence. Dans la condition *poursuite*, les résultats ont montré une relation significative et positive entre l'EG et l'ES. Ainsi, plus un psychologue a une EG élevée, plus il montrera une ES élevée. Dans la condition *terminaison*, la relation entre l'EG et l'ES n'atteint pas le seuil de signification. L'observation de la figure 1 montre une courbe plate pour cette condition supposant que le niveau d'ES du psychologue reste relativement stable, peu importe le niveau d'EG..

La condition *poursuite* regroupe les dyades dont les psychologues et les clients ont réussi à maintenir une alliance suffisante pour poursuivre leur travail ensemble. Selon les écrits sur les processus thérapeutiques, l'empathie est un élément essentiel à la formation d'une alliance thérapeutique solide et à l'établissement d'un lien de confiance (Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018 ; Greenberg, 2017). Plus précisément, il semble que l'empathie du psychologue est un facteur facilitant la résolution des ruptures thérapeutiques (Kohut, 1984; Safran & Muran, 2000, 2006). En effet, les psychologues qui identifient et explorent la nature des émotions négatives durant une rupture favorisent le processus de résolution, améliorent la compréhension de la dynamique avec leur client (Safran & Muran, 2000) et développent la qualité de l'alliance (Safran et al., 2011) avec celui-ci. La relation positive entre l'EG et l'ES dans la condition *poursuite* montre que l'empathie spécifique des psychologues est dans une relation de correspondance avec leur empathie générale. Lorsque le travail thérapeutique se poursuit et qu'un processus de réparation est en cours, les psychologues demeurent en mesure de mobiliser leur empathie face à leur client. Plus un psychologue est capable de comprendre et ressentir l'expérience de l'autre de façon générale, plus il restera sensible à ce que vit son client lors leur thérapie. En ce qui concerne

les psychologues avec une EG faible dans la condition *poursuite*, il est possible que ces derniers aient pu utiliser différents moyens pour comprendre la nature de la rupture et la résoudre malgré leurs difficultés. Ainsi, ils ont pu avoir recours à différentes stratégies telles que la supervision, la lecture clinique, la consultation de pairs ou la psychothérapie individuelle. Ce soutien externe aurait pu les soutenir dans le processus de réparation malgré leur EG faible. Pour utiliser ce soutien externe, les psychologues ont cependant dû préalablement prendre conscience d'une difficulté dans leur relation thérapeutique.

La condition *terminaison* regroupe les dyades qui ne sont pas arrivées à protéger l'alliance des tensions ni à explorer suffisamment la rupture pour améliorer le lien et poursuivre le suivi. Des tensions non résolues dans une relation thérapeutique affectent négativement la relation de confiance entre le psychologue et le client, tout comme leur capacité de collaborer pour les résoudre (Rhodes, Hill, Thompson, & Elliott, 1994). Ainsi, lorsque la rupture se chronicise, la capacité de collaboration de la dyade pourrait diminuer, tout comme l'envie du psychologue de comprendre le monde affectif de son client. Dans un contexte de rupture qui se maintient, la relation entre l'EG et l'ES semble nulle.

Pour mieux comprendre l'effet d'interaction de la modération ainsi que les deux effets conditionnels, il est intéressant d'explorer les écrits sur la DP, les enjeux personnels du psychologue et sur la qualité de l'attachement du client. La DP est définie comme la difficulté d'une personne à réguler la réponse affective évoquée en elle lorsqu'elle est confrontée à la détresse de quelqu'un d'autre (Davis, 1980). La DP est considérée par

l'auteur comme une dimension de l'empathie puisqu'elle permet de ressentir l'intensité de la réponse affective d'une personne. Par contre, cette dimension serait corrélée négativement avec les autres dimensions de l'empathie. En effet, lorsque la DP est élevée chez un individu, elle nuit à sa capacité de se distancier du monde affectif de l'autre et de maintenir une capacité réflexive sur les émotions vécues (Batson, Fultz, & Schoenrade, 1987; Cheng et al., 2007; Decety, Yang, & Cheng, 2010; Kim & Han, 2018; Spreng et al., 2009). Un psychologue avec une empathie affective élevée est donc capable de ressentir l'émotion de son client, de ressentir sa détresse sans pour autant être envahie par la détresse de l'autre. Les psychologues avec une DP élevée et dont les capacités de régulation affective sont déjà mobilisées par l'exploration de la rupture risquent de réagir défensivement à la détresse du client (Høglend et al., 2006). Dans la condition rupture, les psychologues avec une EG plus élevée maintiennent une plus grande ES que les psychologues avec une EG faible. Il est possible que les psychologues avec des capacités EG plus élevées ont une plus grande facilité que les psychologues avec une EG faible à réguler leurs propres émotions devant leur client en détresse. Ce faisant, les psychologues avec une EG élevée pourraient se concentrer sur l'expérience affective de leur client malgré la rupture puisqu'ils arrivent à réguler adéquatement leurs propres émotions. Les psychologues avec une EG faible pourraient se montrer plus facilement envahie par les tensions évoquées dans la thérapie et se désengager du processus empathique avec leur client pour réguler leur propre détresse (Kim & Han, 2018). Cette réflexion sera discutée plus longuement dans la section portant sur la deuxième hypothèse.

En ce qui concerne les enjeux personnels du psychologue évoqués lors de la rupture, il est possible que la nature des ruptures évoquées dans la condition *poursuite* ne sollicite pas les enjeux personnels des psychologues contrairement aux ruptures vécues dans la condition *terminaison*. En effet, les psychologues de la condition *poursuite* ont su se distancer suffisamment de la rupture pour l'explorer et la résoudre avec leur client. Les psychologues de la condition *terminaison*, et ce peu importe leur niveau d'EG, n'ont pas réussi à résoudre la rupture et poursuivre la thérapie. L'EG du psychologue ne le libère pas de ses blessures et de ses enjeux personnels. Une rupture qui se cristallise sous-tend peut-être la présence de sujets sensibles, difficiles à explorer pour le psychologue. Il est possible que les psychologues de la condition *poursuite* aient vécu des ruptures plus faciles à explorer, moins près de leurs enjeux personnels. Cutler (1958) mentionne que le CT des psychologues devient plus intense lorsqu'ils sont confrontés à des thèmes qui touchent leurs enjeux personnels. Dans le même ordre d'idées, Chused (2012) précise que la psychothérapie implique parfois que les membres de la dyade soient blessés lors du processus. Elle mentionne que les clients touchent et blessent leurs psychologues, tout comme il arrive parfois aux psychologues de blesser leur client par leur intervention. Il est possible que les psychologues dans la condition *terminaison* se soient désengagés du processus thérapeutique pour se protéger contre l'activation de leurs enjeux personnels. Le niveau d'EG des psychologues dans la condition *poursuite* permettrait de protéger leur ES puisque les thèmes explorés ne les confrontent pas à leurs enjeux personnels contrairement aux psychologues de la condition *terminaison*. Cette réflexion rejoint la deuxième section

de la recherche concernant le narcissisme du psychologue et son influence sur les processus thérapeutiques, notamment son empathie spécifique et son contre-transfert.

La qualité de l'attachement du client est un des facteurs qui influencent de façon importante les processus thérapeutiques. La qualité de l'attachement du client lui permet d'investir la relation thérapeutique pour explorer son monde interne. Les clients sécures sur le plan de l'attachement montrent plus de facilité à aborder les ruptures lorsqu'elles se présentent (Holmes, 2013 ; Eames & Roth, 2000). Il est possible que les clients des psychologues dans la condition *poursuite* montraient un attachement plus sécure que les clients dans la condition *terminaison* ce qui a pu faciliter le processus de résolution de rupture. En effet, plus un client est insécure sur le plan de l'attachement, plus il est difficile pour lui de créer une relation de confiance avec son psychologue pour atteindre ses objectifs thérapeutiques (Diener & Monroe, 2011; Wallin, 2007; Eames & Roth, 2000; Satterfield & Lyddon, 1998) et réparer les ruptures quand elles se présentent (Eames & Roth, 2000). Établir une alliance thérapeutique solide avec un client désorganisé représente un défi pour la majorité des psychologues, empathiques ou non.

Selon ces observations, il semble que la relation entre l'EG et l'ES diffère selon les conditions de la rupture. Ainsi, lorsque la dyade réussit à résoudre la rupture, la relation entre l'EG et l'ES est positive alors que dans la condition *terminaison*, la relation entre l'EG et l'ES n'est plus significative. D'autres facteurs tels que la difficulté de régulation du psychologue, ses enjeux personnels et la qualité de l'attachement du client pourraient

expliquer la difficulté du psychologue à maintenir son empathie spécifique lors d'une rupture thérapeutique.

Lien entre la DP et l'ES selon la rupture

La deuxième analyse de modulation permet d'explorer si des difficultés de régulation affective nuisent à l'empathie spécifique du psychologue selon la résolution de la rupture. Il était attendu que la rupture modère de façon significative la relation entre la DP et l'ES du psychologue. L'analyse de modulation à un facteur montre une relation d'interaction significative entre la DP et l'ES selon le type de rupture. Les résultats de l'analyse des effets conditionnels permettent d'identifier qu'une relation négative entre la DP du psychologue et son ES dans la condition *poursuite* et que leur relation n'est plus significative pour les dyades qui ont vécu une *terminaison*. L'observation des courbes (figure 2) permet de voir la courbe négative de la condition *poursuite* et la courbe plate de la condition *terminaison*. Ainsi, plus la DP est élevée dans la condition *poursuite*, plus l'ES du psychologue est faible. Dans la condition *terminaison*, l'ES n'est pas lié au niveau de DP du psychologue.

Dans la condition *poursuite*, la relation négative entre la DP et l'ES converge avec les écrits sur l'empathie, la détresse personnelle et les motivations sous-jacentes à ces deux états affectifs (Batson et al., 1987). En effet, les personnes avec une DP élevée craignent d'être envahies par leur réaction affective s'ils maintiennent le contact avec une personne en détresse (Batson et al., 1987). Ainsi, plus un psychologue a une DP élevée, plus il

tentera de diminuer sa détresse lorsqu'il est confronté à l'inconfort d'un client. Il évite ainsi d'apporter un soutien adéquat à la personne souffrante (Collins & Read, 1990; Mikulincer et al., 2001) notamment en évitant d'explorer la rupture avec le client. Il est également moins disponible pour comprendre et ressentir l'état affectif de l'autre, étant préoccupé par sa propre détresse. L'ES du psychologue est alors grandement affectée par la charge affective vécue dans la rupture et la difficulté du psychologue à réguler adéquatement cette charge affective. Cela fait notamment écho à ce que Funder et Harris (1986) nomment la régulation et la conscience de soi, une dimension essentielle à l'empathie. Les auteurs expliquent que pour atteindre une empathie affective, il est primordial que le sujet empathique puisse distinguer ses propres états mentaux de ceux des autres et réguler en lui les effets qu'évoque l'identification au monde affectif d'une autre personne. Les psychologues avec une DP élevée vivent la détresse du client avec la même intensité que s'ils vivaient ladite émotion. La relation négative entre la DP et l'ES dans la condition *poursuite* appuie donc les écrits sur la détresse et l'empathie. Plus la DP est élevée, plus l'ES du psychologue sera diminuée lors d'une rupture dans la condition *poursuite*.

Pour comprendre la relation quasi nulle entre la DP et l'ES dans la condition *terminaison*, les écrits sur la rupture s'avèrent intéressants. Les ruptures thérapeutiques représentent à la fois une possibilité de traitement (Krause et al., 2007; Safran & Muran, 2000) et un écueil dangereux pour la thérapie (Rhodes, Hill, Thompson, & Elliott, 1994). Une rupture thérapeutique qui se chronicise augmente les tensions dans la dyade et impose une pression supplémentaire sur les capacités de régulation affective du psychologue. Il

est possible que les psychologues dans la condition *terminaison* aient vécu une rupture thérapeutique qui a submergé leur capacité de régulation affective, nuisant ainsi à leur capacité de demeurer empathique avec leur client et ce, peu importe le niveau de DP initiale.

Il est également possible que la modération proposée pour vérifier la présente hypothèse ne soit pas suffisamment complète pour expliquer totalement la relation entre la DP et l'ES. En effet, la modération simple proposée inclue deux variables relationnelles (rupture et empathie spécifique) et une variable personnelle du psychologue (détresse personnelle). Elle ne considère pas les aspects de la personnalité du client pour comprendre comment l'ES du psychologue varie selon le contexte de rupture. Comme mentionné dans le contexte théorique, les clients avec des attachements désorganisés ont plus de difficulté à établir une relation de confiance avec leur psychologue (Diener & Monroe, 2011; Eames & Roth, 2000; Satterfield & Lyddon, 1998). Ils induisent également des contre-transferts intenses et négatifs dans leur relation avec celui-ci (Dalenberg, 2004; Steele et al., 2010; Wallin, 2007). Les expériences de contre-transfert intense et négatif peuvent affecter la capacité du psychologue à demeurer empathique (Shilkret, 2005). Ainsi, pour bien comprendre la relation entre la DP et l'ES, il s'avère essentiel d'ajouter à ce modèle d'autres facteurs permettant de comprendre leur relation. L'attachement du client et le contre-transfert du psychologue seront utilisés dans un autre modèle pour comprendre leur relation avec la DP et l'ES.

Liens entre le NV et l'ES selon la rupture

La deuxième hypothèse explorait l'influence du narcissisme vulnérable sur l'empathie spécifique et sur les deux types de CT du psychologue (négatif et positif) en fonction des deux conditions de la rupture thérapeutique (*poursuite* et *termination*). Il était attendu que le type de rupture modère la relation entre le NV du psychologue et son ES, entre le NV et le CT- et entre le NV et le CT+. Trois analyses de modération simple ont été effectuées pour vérifier ces hypothèses.

Lors de la première analyse, soit celle vérifiant la modération du type de rupture (*poursuite* et *termination*) sur le lien entre le NV et l'ES du psychologue, les résultats ont montré que la résolution de la rupture ne modère pas la relation entre ces variables. Ces résultats vont à l'encontre de l'hypothèse formulée. En effet, il était postulé qu'un effet d'interaction significatif entre le type de rupture et le NV du psychologue pouvait influencer sa capacité à demeurer empathique. Selon la recension des écrits sur le sujet, la présence d'enjeux narcissiques prédispose le psychologue à utiliser la relation avec son client pour se protéger contre les aspects méprisés de son fonctionnement (Thomson, 1993). Ainsi, le client et le psychologue adoptent une position que Ivey (1995) appelle *symétrie narcissique*. Cette position implique une entente implicite et inconsciente de la dyade pour éviter les interventions qui pourraient menacer l'estime de soi de l'autre. Ils évitent par conséquent d'explorer certains enjeux souffrants du client pour éviter de briser l'équilibre narcissique (Finell, 1985). L'empathie du psychologue est alors au service de cet équilibre narcissique (Reich, 1960) et non au travail des enjeux difficiles du client (Hardy, 1979). Selon les écrits,

il était attendu qu'un moment de tension psychologique avec le client peut menacer l'équilibre relationnel entre celui-ci et le psychologue, particulièrement chez les psychologues vulnérables sur le plan narcissique, et affecter leur niveau d'empathie selon la nature de la rupture vécue dans la relation.

Pour comprendre le résultat non significatif de notre analyse, une explication conceptuelle paraît importante à explorer. Dans la présente recherche, il a été décidé d'utiliser la dimension vulnérable pour mesurer les vulnérabilités narcissiques des psychologues. Ce choix conceptuel a été fait puisque le NV est associé à des difficultés de régulation affectives. Effectivement, le NV est associé à des difficultés à prendre conscience (Di Pierro et al., 2017) et à tolérer les affects de honte, de rage et de colère dans une interaction (Gunderson, 2001). De ce fait, il apparaissait que les psychologues vulnérables étaient plus susceptibles que les psychologues avec un narcissisme grandiose de présenter des difficultés empathiques lors d'un moment de tension affective avec leur client. Cependant, il est possible que les vulnérabilités narcissiques des psychologues de notre échantillon se manifestent sous une forme grandiose ou se présentent sous les deux formes. En effet, selon certains auteurs, les dimensions vulnérables et grandioses du narcissisme sont deux présentations d'un même construit (Pincus & Lukowitsky, 2010; Ronningstam, 2009). Elles pourraient être présentes dans le fonctionnement d'une même personne, fluctuer selon le temps, les contextes et les enjeux psychologiques activés (Baskin-Sommers et al., 2014). Il est alors possible que le NV n'explique pas une portion suffisante de l'empathie spécifique pour s'avérer significatif. En mesurant et en intégrant le narcissisme

grandiose comme deuxième prédicteur, il aurait peut-être été possible de détecter un effet modérateur de l'ES selon les deux niveaux de rupture.

Il est également possible que la modulation non significative entre le NV et l'ES du psychologue en fonction de la rupture s'explique par la qualité du modèle de modulation. En effet, il est possible que le type de rupture et le NV du psychologue influencent son ES par le biais d'une autre composante de la relation thérapeutique, le CT. L'empathie et le CT sont deux phénomènes thérapeutiques intimement liés puisque tous les deux sont possibles grâce au phénomène d'identification à l'expérience du client (Peabody & Gelso, 1982; Tansey & Burke, 1989). Le CT et l'empathie empruntent la voie de l'identification pour transmettre au psychologue des informations sur son client. Dans le cas du CT, l'identification aux contenus psychiques du client active les enjeux inconscients du psychologue et peut ainsi nuire au processus de distanciation nécessaire à une réponse empathique. Le psychologue et le client sont ainsi soumis aux forces inconscientes de leur propre transfert. De plus, selon Ivey (1995), plus le narcissisme du psychologue est élevé, plus le CT sera intense si le matériel évoqué touche à ses enjeux narcissiques. En vivant une rupture thérapeutique, il était attendu que les psychologues ayant un NV puissent se sentir rejetés, invalidés ou non appréciés par leur client. Ils auraient été plus sujets à vivre un CT intense et difficile à réguler et à présenter une ES plus faible. En résumé, pour comprendre la relation entre le NV et l'ES du psychologue en période de rupture, il s'avère peut-être important d'ajouter dans le modèle le facteur CT comme modérateur pour bien considérer l'ensemble des processus thérapeutiques influencés durant la rupture.

Lien entre le NV et le CT- selon la rupture

La prochaine hypothèse vérifiait la possibilité de prédiction du NV sur le CT- en fonction du type de rupture thérapeutique. L'analyse de modération indique que la relation de prédiction du NV sur le CT- selon le type de rupture est non significative. Ces résultats vont à l'encontre de notre hypothèse. Pour comprendre ces résultats, des considérations conceptuelles et méthodologiques seront explorées. Comme élaboré plus haut, la présence d'enjeux narcissiques dans le fonctionnement du psychologue est très fréquente (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Halewood & Tribe, 2003; Miller, 1979; Sussman, 1992). Cependant, ce n'est pas la présence de ces enjeux qui affecterait le fonctionnement du psychologue, mais bien l'activation de ces enjeux dans la relation thérapeutique (Ivey, 1995). Dans le cadre de cette recherche, l'instrument de mesure utilisé pour évaluer le narcissisme vulnérable (HSNS) est un outil mesurant les dispositions narcissiques vulnérables du psychologue. Bien que cet outil montre de bons indices de validité, il mesure un aspect dispositionnel de la personnalité du psychologue, sans permettre d'évaluer l'aspect relationnel et dynamique du narcissisme, ce qu'Ivey (1995) appelle la symétrie narcissique. Un instrument pouvant mesurer la qualité de l'équilibre narcissique entre le client et le psychologue (asymétrie/symétrie positive/symétrie négative) permettrait peut-être de mieux comprendre comment l'activation des enjeux narcissiques a un impact sur le CT du psychologue, notamment le CT- durant une rupture thérapeutique. Cet outil permettrait, comme le font maintenant les chercheurs avec le CT (Betan et al., 2005), d'évaluer les facteurs relationnels activant le narcissisme chez le psychologue, plutôt que

simplement noter la présence et l'intensité du construit. D'ailleurs, plusieurs auteurs soutiennent que chaque psychologue présente des zones de vulnérabilités narcissiques susceptibles de s'activer dans certains contextes, devant certains clients (Chused, 2012; Ivey, 1995; Miller, 1997; Thomson, 1993). L'important n'est donc pas de savoir si le NV est présent, mais plutôt de comprendre les facteurs dans la relation qui l'activent.

Une deuxième explication des résultats non significatifs de la modération entre le NV et le CT- selon le type de rupture est la présence de la désirabilité sociale. Le narcissisme vulnérable et le contre-transfert négatif sont deux construits avec une connotation négative dans le domaine de la psychologie clinique. Les sous-échelles du CT- incluent les réactions dites négatives du CT (« envahi/désorganisé »; « impuissant/inadéquat »; « critiqué/maltraité »; « désengagé ») et décrivent une envie du psychologue de s'éloigner de son client, une méfiance dans la relation ou une impression négative de son travail en thérapie avec son client. La présence de CT- intense dans la relation est associée, dans les études et également en clinique, à une faible alliance, et ce, pour toutes les composantes de la relation thérapeutique (Ligiéro & Gelso, 2002). Il est possible que les psychologues avec un NV aient pu minimiser leurs réactions et sous-évaluer l'intensité de leur CT- lors de la complétion des questionnaires afin d'éviter d'être perçus négativement. De plus, il est possible que certains psychologues aient de la difficulté à tolérer et à reconnaître la présence d'affects négatifs envers leur client. Le NV est d'ailleurs associé à une faible conscience émotionnelle (Di Pierro et al., 2017). Il est possible que certains psychologues aient minimisé leur CT- puisqu'ils avaient de la

difficulté à reconnaître (Di Pierro et al., 2017) ou à tolérer (Gunderson, 2001) ces états affectifs en eux. Il est également possible que les psychologues aient sous-estimé leurs enjeux narcissiques pour des raisons de désirabilité sociale ou de difficulté à reconnaître leurs difficultés personnelles.

Lien entre le NV et le CT+ selon la rupture

En ce qui concerne la troisième hypothèse, il était attendu que le NV prédise le CT+ selon le type de rupture. Cette dernière hypothèse s'est avérée significative. L'analyse des effets conditionnels permet de constater que le NV prédit positivement le CT+ lors de la condition *poursuite*. Ces résultats indiquent que plus le NV du psychologue est élevé, plus son CT+ est élevé lors d'une rupture menant à une poursuite de la thérapie alors que la relation entre le NV et le CT+ n'est plus significative dans la condition *terminaison*. Ces résultats sont détaillés dans les prochains paragraphes.

Le CT+ inclut les réactions « positives » (« sexualisé », « positif/satisfait », « parental/protecteur », « spécial/surimpliqué ») qui décrivent une envie du psychologue de se rapprocher de son client, une attitude de confiance dans la relation, un sentiment positif par rapport à son propre travail, une tendance à investir davantage le travail fait avec ce client comparé aux autres suivis, une envie de prendre soin du client et de le protéger et, finalement, la présence d'affects, cognitions ou de comportements érotiques ou séducteurs. Dans la condition *poursuite*, les résultats montrent que plus le psychologue a des enjeux narcissiques vulnérables élevés, plus son CT envers son client en rupture est décrit comme

étant positif, valorisant ou sécurisant. Bien que le CT+ et le CT- représentent tous deux des patrons de réponses plus ou moins conscientes du psychologue envers son client et qu'ils puissent nuire à la thérapie s'ils sont maintenus de façon rigide et chronique (Gelso et al., 1999; Ligiéro & Gelso, 2002), il est possible que la présence temporaire d'un CT+ puisse aider certains psychologues à amorcer le processus de résolution de la rupture. Afin de résoudre une rupture, Hayes et ses collègues (1998) soutiennent l'importance de développer une relation de confiance avec le client, de reconnaître sa propre implication dans la rupture et d'explorer de façon non défensive les émotions du client. Pour les psychologues vulnérables, sensibles à l'intensité affective évoquée (Gunderson, 2001) dans la rupture, la présence d'un CT+ pourrait leur permettre de sentir que la relation avec leur client est suffisamment stable et sécuritaire pour explorer les émotions négatives.

Pour comprendre la relation positive entre le NV et le CT+ lors de la condition *poursuite*, il est également intéressant de réfléchir aux stratégies d'évitement et d'inhibition du NV. Les personnes avec NV élevé auraient tendance à se sentir facilement critiquées ou blessées en relation et adopteraient des stratégies d'évitement et d'inhibition lorsque le contenu affectif devient intolérable (Dickinson & Pincus, 2003; Gabbard, 1989; Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Hendin & Cheek, 1997). Il est possible que lors d'une rupture qui permet une résolution, les psychologues encouragent le déploiement du CT + pour éviter l'exploration des émotions négatives dans la rupture. Ainsi, ils maintiennent l'illusion d'un travail productif malgré les désaccords et évitent l'exploration des émotions négatives et potentiellement déstabilisantes. Dans les dyades où la rupture se chronicise (*terminaison*), il est possible que des affects négatifs soient ouvertement

évoqués ou ressentis. Selon les écrits sur le NV, le psychologue NV pourrait mobiliser les défenses de désengagement relationnel pour éviter d'explorer l'hostilité du client. Le NV ne serait donc pas un bon prédicteur du CT+ dans la condition *terminaison*.

L'ouvrage *Psychotherapy and the Self-Contained Patient* (Goulding & McClendon, 1988) donne également un éclairage intéressant aux résultats de la cinquième hypothèse. Les auteurs décrivent la peur de l'intimité et les enjeux de dépendance de certains psychologues, qu'ils appellent *Self-Contained Therapist*. Le psychologue *self-contained* est décrit comme une personne intelligente et performante qui a réussi toute sa vie à atteindre ses buts grâce à son autonomie et à sa persévérance. Il travaille plusieurs heures par semaine, voit beaucoup de clients et passe ses temps libres à aider ses collègues. Les relations avec ses collègues et ses clients lui donnent l'impression d'être aimé et apprécié et lui permettent de vivre des contacts intimes. Cependant, sous ce fonctionnement personnel impressionnant se cache une grande peur de l'intimité et une angoisse quant à ses besoins de dépendance. Le psychologue *self-contained* montre une grande difficulté à tolérer et à montrer ses vulnérabilités, particulièrement celles liées à son envie d'être en relation et de pouvoir dépendre de l'autre. Il investit alors son travail et ses passions pour éviter le sentiment de solitude qui l'habite et qu'il maintient, paradoxalement, en évitant une intimité réciproque avec l'autre. Le contexte de psychothérapie représente le compromis que le psychologue *self-contained* a trouvé pour combler ses besoins de dépendance et pour vivre des relations « d'intimité » sans se montrer vulnérable. Pour les psychologues dont les enjeux de dépendance ne sont pas

résolus, la présence d'une rupture thérapeutique avec un client pourrait menacer l'intégrité de ce compromis. La rupture pourrait représenter la possibilité de perdre une relation intime et ainsi de ressentir la grande solitude qui les habitent. Afin d'éviter de ressentir cette vulnérabilité, il est possible que les psychologues se retranchent dans leurs stratégies thérapeutiques, intellectualisent le conflit et se désengagent affectivement de la relation avec leur client. D'ailleurs, il semble que les psychologues qui vivent souvent des terminaisons hâtives se disent non conscients de la présence d'émotions négatives chez leur client et n'ont pas abordé la rupture avec eux (Hill et al., 1996). D'autres auteurs ont également montré que certains psychologues confrontés à des ruptures avec leur client avaient tendance à négliger l'exploration de la rupture en intensifiant les stratégies thérapeutiques appartenant à leur cadre théorique (Castonguay et al., 1991; Piper et al., 1999; Critchfield et al., 2007), notamment en augmentant la fréquence des interprétations (Piper et al., 1991). En se réfugiant dans l'utilisation rigide de leurs stratégies thérapeutiques, ces psychologues évitent ainsi d'entrer en contact avec leur propre vulnérabilité et de ressentir ce que la rupture évoque en eux, et ratent ainsi la possibilité de se rapprocher de leur client pour comprendre les émotions vécues dans la rupture.

Liens entre la DP du psychologue, l'attachement désorganisé du client, le CT- et l'ES du psychologue

La dernière hypothèse visait à vérifier si l'attachement désorganisé du client, évalué par son psychologue, et le CT- expliquent la relation entre la détresse personnelle du psychologue et son empathie spécifique. Pour ce faire, une analyse de médiation à deux

facteurs a été effectuée. L'analyse montre que l'attachement désorganisé du client et le CT- expliquent totalement le lien entre la DP du psychologue et son ES envers un client en rupture. Plus les psychologues vivent de la détresse personnelle, plus leur client avec un attachement désorganisé devient insécure, et plus le client se désorganise sur le plan de l'attachement, plus le psychologue avec une DP élevée ressent un CT- et plus son ES diminue.

Afin de comprendre le modèle de médiation à deux facteurs, il s'avère intéressant de revoir les écrits sur les ruptures thérapeutiques. Les ruptures thérapeutiques se définissent par un bris dans le processus collaboratif entre le client et le psychologue, par une détérioration de la qualité du lien entre eux, par une détérioration de la communication ou par un échec à installer un contexte de collaboration (Safran & Muran, 1996, 2006; Safran, 1993) [traduction libre]. Lors d'une rupture, le psychologue et le client s'engagent dans une interaction improductive qui met en acte les schémas ou les dynamiques relationnelles dysfonctionnelles du client (Mellado et al., 2017) ou du psychologue et les réponses inconscientes de l'autre partie à ces schémas (Safran, 1993). Il s'installe ainsi un climat de tension et parfois d'inconfort dans la relation thérapeutique que les deux parties peuvent ressentir sans nécessairement le comprendre. Le rôle du psychologue est alors de réguler son inconfort vécu dans la rupture et de créer un climat de collaboration avec son client pour comprendre les émotions vécues dans ce contexte de rupture (Safran et al., 1994). Ainsi, une fois la réponse affective régulée en lui, le psychologue pourra mettre ses ressources cognitives et affectives au service de la compréhension du client.

En ce qui concerne la prédiction positive entre la DP et l'ES du psychologue, il semble que plus le psychologue vit de la détresse personnelle durant une rupture, plus son empathie spécifique diminue. Comme mentionné plus haut, la DP, soit une sensibilité vicariante à la détresse de l'autre et une difficulté à réguler la détresse ressentie, risque d'être particulièrement affectée lors d'une rupture thérapeutique. Selon les écrits sur la détresse personnelle, les personnes avec une DP élevée craignent d'être envahies par leur réaction affective s'ils maintiennent le contact avec l'autre personne en détresse (Batson et al., 1987). Devant l'inconfort de leur client en rupture, les psychologues avec une DP élevée pourraient avoir tendance à adopter des comportements orientés vers soi pour diminuer leur propre détresse plutôt que pour apporter un soutien adéquat à leur client (Collins & Read, 1994; Mikulincer et al., 2001), notamment en évitant d'explorer la rupture avec celui-ci. En résumé, plus la DP est élevée chez un psychologue, moins il est apte à s'engager dans des actions pour soutenir son client en détresse. Il est également moins disponible pour comprendre et ressentir l'état affectif de l'autre, étant préoccupé par sa propre détresse. L'ES du psychologue est alors grandement affectée par la charge affective vécue dans la rupture et la difficulté du psychologue à réguler adéquatement cette charge affective. Cela fait notamment écho à ce que Funder et Harris (1986) nomment la régulation et la conscience de soi comme une dimension essentielle à l'empathie. Les auteurs expliquent que pour atteindre une empathie affective, il est primordial que le sujet empathique puisse réguler en lui les effets qu'évoque l'identification au monde affectif d'une autre personne. La relation négative entre la DP

et l'ES converge avec les écrits sur l'empathie, la détresse personnelle et les motivations sous-jacentes à ces deux états affectifs (Batson et al., 1987).

Afin de mieux comprendre la relation positive entre la DP et l'attachement désorganisé du client, évalué par son psychologue, il est intéressant de revoir la théorie de l'attachement. Les clients avec un attachement désorganisé ont vécu différents traumatismes relationnels façonnant négativement leurs représentations de soi et des autres. Pour ces clients, les relations interpersonnelles, tout comme la relation thérapeutique, représentent le risque d'être envahi ou blessé (Cassidy & Mohr, 2001). Le système d'attachement de ces clients est ainsi inévitablement et rapidement activé dans la relation thérapeutique, ce qui favorise l'émergence de rupture thérapeutique et de CT intense (Hollidge & Hollidge, 2016). Le rôle premier du psychologue est donc de promouvoir le sentiment de sécurité et de confort dans la relation thérapeutique lorsqu'ils évaluent que leur client ont un attachement désorganisé (Liotti & Gilbert, 2011), notamment en explorant et en réparant les ruptures thérapeutiques lorsqu'elles se présentent (Liotti, 2013; Morken, Karterud, & Arefjord, 2014). Comme mentionné plus haut, les psychologues avec une DP élevée sont plus sujets à se sentir envahis par la détresse de l'autre (Batson et al., 1987) et à éviter le processus de résolution de rupture. Devant un client terrifié d'être en relation et vivant en plus une rupture thérapeutique, le psychologue avec une DP élevée est confronté à une grande détresse chez son client. Sa difficulté à réguler la détresse évoquée en lui devant la détresse de son client et sa réticence à réparer la rupture en cours risquent de reproduire les traumas du client. En effet, en considérant que les clients avec un attachement

désorganisé portent dans leur histoire des expériences de mauvais accordage affectif avec la personne dont ils dépendent (Beebe et al., 2010), il est possible que ces clients vivent la réticence et la détresse du psychologue comme la confirmation que les relations interpersonnelles sont menaçantes, que l'autre n'est pas disponible ou incapable de les comprendre. La relation de prédiction positive entre la DP et l'attachement désorganisé du client converge donc avec les écrits sur l'attachement désorganisé (Beebe et al., 2010). Les psychologues incapables d'offrir un contexte de sécurité, de confort et d'accordage affectif à ce type de clientèle risquent d'augmenter l'insécurité d'attachement de ces clients lors d'une rupture thérapeutique.

En ce qui concerne le lien positif entre l'attachement désorganisé du client et le CT- du psychologue, il semble que plus le client se désorganise sur le plan de l'attachement, plus le psychologue vit un CT- intense. Pour préciser sur ce résultat, les explications théoriques de Tansey et Burke (1989) sur l'identification, l'identification projective et sur le CT s'avèrent intéressantes, tout comme les observations cliniques de Liotti (2004) sur les mécanismes de dissociation. Comme mentionné plus haut, tout client arrive en thérapie avec le désir inconscient de transmettre au psychologue ses ressentis, conscients et inconscients (Gabbard, 2001; Kiesler, 2001). Certaines émotions seront transmises dans un langage conscient et mentalisé, alors que d'autres prendront une forme non verbale, désorganisée, ou encore dissociée du contenu conscient. Plus le contenu psychique est dissocié et non intégré, plus le psychologue sera en contact avec la confusion et la désorganisation psychique du client et plus il sera difficile pour lui de réfléchir à ce

contenu (Kernberg, 2009).

Les clients avec un attachement désorganisé portent en eux des relations d'objet négatives, non intégrées et dissociées (Liotti, 2004). Leurs relations d'attachement infantiles caractérisées par des expériences de mauvais accordage affectif ou de négligence n'offraient pas un espace suffisamment sécurisant pour mentaliser leur état affectif en un tout cohérent (Fonagy & Target, 1997). Ils ont alors appris à dissocier, c'est-à-dire à écarter les états mentaux traumatiques de leur conscience pour maintenir une stabilité affective devant un contenu relationnel effrayant. En psychothérapie, le client avec un attachement désorganisé présentera au psychologue une partie de son expérience et écartera l'autre partie de son discours conscient. Cette partie écartée de la conscience sera tout de même ressentie par le psychologue attentif au contenu non verbal et aux manifestations transférentielles. En faisant appel à son CT et au processus d'identification projective, le psychologue pourra ressentir les aspects dissociés de l'expérience du client et comprendre l'intégralité de l'expérience de ce dernier.

Par l'entremise de l'identification projective, le client rejette de sa conscience les aspects non désirés de soi sur le psychologue en induisant une pression pour que celui-ci agisse en fonction du contenu projeté (Ogden, 1979). Dans le cas des clients avec un attachement désorganisé, le psychologue est sujet à ressentir une pression inconsciente de la part du client d'endosser un rôle de type victime-agresseur ou victime-sauveur (Cassidy & Mohr, 2001). Ainsi, le psychologue ressentira des affects intenses pouvant prendre

différentes formes notamment d'agressivité, de peur, de rage, de haine, de culpabilité, de dégoût, de désespoir, de solitude et d'impuissance (Dalenberg, 2004; Steele et al., 2010; Wallin, 2007). Par ces identifications, le psychologue pourra accéder au monde inconscient de son client et ressentir la méfiance qu'il ressent face aux personnes dont il a besoin et la détresse constante qu'aucune stratégie d'attachement ne réussit à apaiser. Il L'identification projective du client et le contre-transfert du thérapeute permettent une meilleure compréhension du monde affectif du client (Odgen, 1979). Cependant, pour utiliser les processus identificatoires comme outils de compréhension, le psychologue devra préalablement avoir régulé la réponse affective évoquée en lui lors de ces processus, faute de quoi il risque d'induire des comportements non thérapeutiques, appelés des agirs contre-transférentiels (Reich, 1960). Selon les résultats de la présente recherche, il semble que le psychologue est effectivement sujet à vivre des émotions négatives (impuissance, colère, mépris, peur) dans son CT face à un client désorganisé sur le plan de l'attachement. S'il n'arrive pas à réguler son CT, les émotions négatives vécues dans le cadre dans sa relation avec son client pourraient émerger sous forme d'agir contre-transférentiel comme par exemple : se désinvestir de la relation, faire des remarques méprisantes à l'égard de son client ou oublier un rendez-vous avec ce dernier.

En ce qui concerne la relation de prédiction négative entre le CT- et l'ES du psychologue, il est possible que l'intensité du CT et la nature des émotions ressenties entraînent des comportements d'évitement du psychologue. Ainsi, il sera plus difficile pour lui de s'identifier à son client pour ensuite comprendre son monde affectif. Comme

mentionné dans l'ouvrage de Tansey et Burke (1989), le CT, tout comme l'empathie, implique une identification aux représentations psychiques du client. L'identification permet l'empathie lorsque le psychologue arrive à se distancer de l'identification et à réfléchir à celles-ci et à leurs significations pour le client. Lors du CT, le psychologue n'arrive pas à se distancer suffisamment pour maintenir une position réflexive. C'est généralement lorsque les enjeux psychologiques inconscients ou non résolus du psychologue sont activés que la distanciation est plus difficile. Le psychologue perçoit alors le matériel projeté du client comme étant véridique et réagit plus ou moins défensivement à l'activation de son conflit. Les enjeux psychologiques du psychologue activés par l'émergence de son conflit diminuent sa capacité à demeurer empathique avec son client.

Cette médiation totale nous renseigne également sur la fragilité du processus empathique spécifique. Un psychologue sensible à la détresse d'autrui et montrant une difficulté à réguler l'expérience affective évoquée en lui lorsqu'il est en contact avec un client en détresse pourrait induire une certaine forme de tension et d'insécurité dans la relation avec son client. Les clients avec un attachement désorganisé, hypersensibles aux indices relationnels d'intimité et d'abandon, sont plus sujets à vivre de la détresse lors d'une rupture thérapeutique, particulièrement lorsque leur psychologue devient anxieux. La difficulté de ces clients à nommer leurs besoins relationnels de façon adéquate et leur grande ambivalence relationnelle susciteront une série de mécanismes de défense pour se protéger contre l'insécurité relationnelle vécue dans la dyade en rupture. La présence de dissociation, d'identification projective et de transfert intense de la part du client pourrait

alors évoquer un CT- intense chez le psychologue. Selon la capacité du psychologue à se distancier de ce matériel, il pourra réguler adéquatement son CT et maintenir ses capacités empathiques envers son client. Cependant, selon les résultats de l'étude, il semble que plus la DP du psychologue est élevée, plus son client se désorganise sur le plan de l'attachement pendant une rupture thérapeutique, plus il vivra un CT- et moins il sera empathique envers ce client.

Implications scientifiques et cliniques

L'exploration du lien entre l'EG et l'ES du psychologue lors d'une rupture thérapeutique est une des implications scientifiques de la présente recherche. Les résultats significatifs de l'effet d'interaction laissent présager que l'EG du psychologue pourrait influencer son ES selon différents types de ruptures. Des recherches futures s'intéressant à l'empathie du psychologue en contexte de rupture pourraient poursuivre l'exploration des facteurs influençant les relations entre l'EG et l'ES selon les conditions de la rupture en intégrant d'autres facteurs dans le modèle, notamment l'attachement du client.

Une deuxième implication scientifique de la présente recherche est l'intérêt porté au NV du psychologue et son influence sur les processus identificatoires menant au CT ou à l'empathie durant une rupture thérapeutique. Aucune recherche recensée n'a mis en lien le NV, le CT, l'ES et le type de rupture. Bien que les présents résultats demeurent préliminaires, ils ont permis de montrer que le contexte de rupture menant à une résolution prédit positivement la relation entre le NV des psychologues et son CT+, alors que la

rupture et le NV ne semblent pas prédire le CT- et l'ES. La présente étude, avec ces résultats préliminaires, soutient l'importance de poursuivre les recherches sur cette dimension fréquente de la personnalité du psychologue et sur son influence sur les composantes thérapeutiques (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Halewood & Tribe, 2003; Miller, 1997; Sussman, 1992).

L'implication scientifique la plus importante de cette recherche concerne le résultat significatif et total de la médiation à deux facteurs. En effet, ce résultat appuie les recommandations des auteurs de la perspective relationnelle. Ces derniers insistent sur l'importance de considérer les facteurs appartenant aux différents acteurs du processus thérapeutique et les phénomènes psychologiques associés pour comprendre ces processus (Colli & Lingardi, 2009; Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2000; Safran et al., 2011a). La relation de médiation totale entre la DP et l'ES du psychologue n'est plus significative lorsque l'attachement désorganisé du client et le CT- sont considérés, ce qui appuie l'importance de considérer les facteurs appartenant à la personnalité du psychologue, du client et de leur relation pour comprendre ce qui affecte les processus psychologiques, notamment dans les situations de rupture thérapeutique.

Cette hypothèse a également une implication scientifique et clinique importante. En effet, l'analyse de médiation à deux facteurs permet d'intégrer en un modèle cohérent les facteurs de risque pouvant détériorer l'ES du psychologue. Sur le plan scientifique, le modèle permet de mieux comprendre comment se détériore l'empathie spécifique d'un

psychologue lors d'une rupture thérapeutique et d'ouvrir les réflexions sur des modèles de prédiction plus complexes. Sur le plan clinique, il permet de déterminer les fragilités des clients et des psychologues et pouvant affecter l'empathie spécifique de ces derniers. Pour pallier aux fragilités personnelles du psychologue, il est recommandé à ceux sensibles à la détresse d'autrui d'investir une psychothérapie personnelle pour mieux comprendre la détresse qui les envahit devant la détresse d'autrui et apprendre à réguler la réponse anxieuse et d'évitement qui en résulte. De même, le psychologue avec un NV élevé aurait avantage à mieux comprendre la nature de ses blessures narcissiques et à réfléchir aux répercussions sur son travail avec ses clients. Différents types de psychothérapie pourraient soutenir le psychologue dans cette démarche. La supervision pourrait également être une avenue intéressante pour comprendre la nature du CT évoqué dans la relation thérapeutique, cibler les enjeux personnels à travailler en psychothérapie et apprendre à réguler le CT adéquatement.

Limites et pistes de recherche future

Les premières limites de la recherche sont d'ordre méthodologique. La première est sans contredit l'échantillon modeste de psychologues ayant participé à l'étude. Seulement 86 psychologues ont participé à la recherche, alors qu'un échantillon de 150 participants était visé. Les difficultés de recrutement sont notamment expliquées par la longueur de la passation des questionnaires. En effet, le temps nécessaire pour les remplir était évalué à 60 minutes. Comme notre recherche s'adressait à des professionnels avec un horaire souvent chargé, il est possible que le temps requis pour répondre aux

questionnaires ait représenté un inconvénient majeur pour eux. De plus, les questionnaires mesuraient des aspects de la personnalité des psychologues touchants des enjeux sensibles. Il est possible que certains psychologues puissent s'être sentis vulnérables, confrontés ou exposés par les thèmes mesurés et aient préféré ne pas participer à la recherche pour éviter d'être évalués sur ces aspects de leur fonctionnement. La puissance statistique de nos analyses a inévitablement été réduite à cause de ce facteur. Il est possible que certains résultats non significatifs se seraient avérés significatifs s'ils avaient été étudiés auprès d'un plus grand échantillon. Il serait intéressant de poursuivre l'étude des variables choisies auprès d'une plus grande population. Pour ce faire, l'utilisation d'instruments de mesure abrégés pourrait permettre de réduire le temps de passation et peut-être augmenter le nombre de participants.

Les prochaines limites identifiées touchent le choix des outils de mesure. La première limite concerne l'utilisation de questionnaires auto-rapportés pour évaluer des aspects de la personnalité du psychologue et de la relation avec son client. Plus précisément, certains questionnaires évaluaient des aspects très personnels et intimes de la vie des psychologues. De plus, les instruments sélectionnés sont des outils largement utilisés en clinique. Il est possible qu'une certaine désirabilité sociale ait pu influencer la façon de répondre des participants. Le fait de connaître les énoncés et le construit qu'ils mesurent a pu induire le désir de se présenter sous son meilleur jour ou éviter de montrer l'ampleur de certaines vulnérabilités. L'ajout d'entrevues semi-structurées, telles que le STIPO (Stern et al., 2010), pourrait permettre d'évaluer différents aspects du fonctionnement du

psychologue, tout en obtenant un portrait plus juste de leurs difficultés. La deuxième limite méthodologique touche l'évaluation du NV des psychologues. Puisque le HSNS (Hendin & Cheek, 1997) mesure la disposition du psychologue, il aurait été intéressant d'utiliser un instrument de mesure pouvant évaluer la qualité de l'équilibre narcissique entre le client et le psychologue (asymétrie/symétrie positive/symétrie négative) afin de comprendre le processus qui active le narcissisme du psychologue et qui risque d'influencer son empathie. Avec l'effervescence des recherches s'appuyant sur une perspective relationnelle, il pourrait être intéressant de construire et valider un instrument mesurant les dispositions narcissiques du psychologue et du client et évaluer l'activation de ces enjeux lors d'une séance. Finalement, il aurait été pertinent d'utiliser un instrument plus précis concernant le type de rupture thérapeutique. Pour des considérations pratiques, le type de rupture était évalué simplement par une question à choix multiples. L'utilisation du *Rupture Resolution Rating System* (3RS-; Eubanks, Muran, & Safran, 2015) s'avèrerait un outil intéressant à utiliser dans les prochaines recherches. Cet outil permet d'identifier les marqueurs de rupture d'alliance et les processus de résolution de ces ruptures dans lesquels s'est engagée la dyade. Elle donne un portrait plus riche de la nature de la rupture et des stratégies déployées pour la résoudre. Les prochaines recherches s'intéressant au processus de résolution de rupture et aux facteurs influençant ces processus auraient avantage à utiliser cet outil.

De plus, les choix d'utiliser seulement le NV pour étudier l'impact du narcissisme sur l'empathie tout comme le choix d'utiliser seulement l'attachement désorganisé du

client sans considérer les autres types d'attachement s'avèrent des limites conceptuelles importantes. Puisque les blessures narcissiques peuvent se présenter sous différentes formes dans le fonctionnement d'une personne et que les stratégies de régulation de l'estime de soi peuvent fluctuer selon le contexte, le temps et les enjeux activés (Baskin-sommers et al., 2014), il aurait été pertinent d'inclure dans nos analyses la dimension grandiose. En ce qui concerne le style d'attachement, il n'existe pas de consensus concernant l'effet des différents styles d'attachement sur les processus thérapeutiques. Il aurait été intéressant d'explorer comment les différents styles d'attachement influencent l'ES et le CT du psychologue pour ajouter une compréhension plus exhaustive sur cette variable. De plus, le style d'attachement du client était évalué par le psychologue et pouvait refléter les réactions émotionnelles et personnelles du psychologue plutôt que la qualité de l'attachement du client.

Enfin, il est également important de noter l'aspect rétrospectif du devis de recherche comme une limite importante. Lorsque les psychologues remplissaient les questionnaires, ils étaient invités à répondre aux questions en se remémorant un suivi dans lequel ils avaient vécu une rupture thérapeutique. Ils devaient ensuite qualifier la nature de la rupture (menant à une résolution ou menant à une terminaison). Ainsi, lors de la complétion des questionnaires, il était possible que certains suivis soient encore actifs (*poursuite*) et d'autres déjà terminés (*terminaison*). Il est possible que les événements thérapeutiques récents des psychologues décrivant un suivi encore actif aient influencé la façon dont la rupture et les émotions s'y rattachant ont été rapportés par le psychologue.

Dans la condition *terminaison*, il est fort possible que la description des psychologues a été influencée par la qualité de ses souvenirs et le possible désinvestissement relationnel suivant la rupture.

Conclusion

Les résultats de cette recherche ont permis de mettre en lumière les facteurs de la personnalité du psychologue et du client pouvant influencer l'empathie spécifique du psychologue et son contre-transfert lors d'une rupture thérapeutique. La perspective d'une approche relationnelle utilisée dans le cadre de cette recherche donne un point de vue novateur sur les processus thérapeutiques (empathie spécifique et contre-transfert) en considérant à la fois des éléments de la relation (résolution de la rupture), de la personnalité du psychologue (narcissisme, empathie générale et détresse personnelle) et de la personnalité du client (attachement). Aucune recherche mettant en lien des facteurs de la personnalité du client, du psychologue sur les processus thérapeutiques selon deux types de rupture (poursuite et terminaison) n'a été recensée.

Plus précisément, les deux premières modérations simples ont permis de constater que la condition *poursuite* et la condition *terminaison* affectaient de façon différente la relation entre l'EG et l'ES et celle entre la DP et l'ES. En effet, dans les dyades dont les ruptures se sont résolues, l'EG semble jouer un «rôle protecteur» pour le maintien de l'ES. Les psychologues avec une EG élevée démontraient également une ES élevée dans la condition *poursuite* alors que l'EG ne montrait pas d'effet significatif dans la condition *terminaison*. La DP était un prédicteur négatif de l'ES dans la condition *poursuite* alors que la DP et l'ES ne montraient plus de relation significative dans la condition *terminaison*. Plus la DP était élevée dans la condition *poursuite*, plus le psychologue avait une ES faible. Les résultats dans les conditions *poursuite* des deux modérations corroborent avec les écrits. Ces résultats ouvrent la voie à des recherches futures qui pourraient préciser comment certains prédicteurs, reconnus dans les écrits comme étant

essentiel aux processus thérapeutiques, influencent de façon différente ces dits processus selon le type de rupture vécue.

Les trois modérations subséquentes ont permis d'étudier un phénomène fréquent dans le fonctionnement des psychologues et pourtant peu étudié dans les recherches empiriques. La présente recherche s'est intéressée à l'effet du NV sur les processus d'identification du psychologue soit son ES, son CT- et son CT+. Les résultats montrent que le NV et la rupture ne prédisent pas l'ES et le CT- du psychologue. Le NV serait cependant un prédicteur positif du CT+ lors de la condition *poursuite*. Cette relation ne serait plus significative lors de la condition *terminaison*. Ces résultats s'avèrent important dans le domaine clinique, particulièrement dans la formation des jeunes psychologues. Les résultats montrent l'importance pour les jeunes psychologues d'identifier et de comprendre leurs enjeux personnels. La supervision et la psychothérapie s'avèrent des avenues intéressantes pour les nouveaux thérapeutes leur permettant d'appréhender leur monde interne et pour rester conscients des conséquences de leurs enjeux sur les processus identificatoires avec leur client.

Enfin, la dernière hypothèse de cette recherche s'intéressait à l'effet de l'attachement désorganisé du client et du CT- sur la relation entre la DP et l'ES du psychologue. Les résultats de la médiation à deux facteurs montrent que la relation négative de la DP sur l'ES du psychologue est expliquée par l'attachement désorganisé du client et le CT-. Ce modèle soutient l'importance d'intégrer dans les devis de recherche des facteurs appartenant à la personnalité du client, du thérapeute et de leurs relations pour bien saisir la complexité des mécanismes qui s'opèrent lors d'une relation thérapeutique.

Références

- Ackerman, S. J., Benjamin, L. S., Beutler, L. E., Gelso, C. J., Goldfried, M. R., Hill, C., ... Rainer, J. (2001). Empirically supported therapy relationships: Conclusions and recommendations of the division 29 task force. *Psychotherapy*, 38(4), 495-497.
- Aguinis, H. (1995). Statistical power problems with moderated multiple regression in management research. *Journal of Management*, 21(6), 1141-1158.
- Aguinis, H., & Stone-Romero, E. F. (1997). Methodological artifacts in moderated multiple regression and their effects on statistical power. *Journal of Applied Psychology*, 82(1), 192-206. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.82.1.192>
- Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>
- Barber, J. P., Muran, C. J., McCarthy, K. S., & Keefe, J. R. (2013). Research on dynamic therapies. Dans M. J. Lambert (Éd.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6^e éd., p. 443-494). New York, NY: Wiley.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient : An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 34(2), 163-175.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76(43), 1-36. <https://doi.org/10.1037/h0093918>
- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The Empathy Cycle : Refinement of a Nuclear Concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 91-100.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults : A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Baskin-Sommers, A., Krusemark, E., & Ronningstam, E. (2014). Empathy in narcissistic personality disorder : From clinical and empirical perspectives. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 323-333. <https://doi.org/10.1037/per0000061>

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Batson, C. D. (2009). These things called empathy : Eight related but distinct phenomena. Dans J. Decety & W. Ickes (Éd.), *The social neuroscience of empathy*. (p. 3-15). <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0002>
- Batson, C. D., Eklund, J. H., Chermok, V. L., Hoyt, J. L., & Ortiz, B. G. (2007). An additional antecedent of empathic concern : Valuing the welfare of the person in need. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(1), 65-74. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.1.65>
- Batson, C. D., Fultz, J., & Schoenrade, P. A. (1987). Distress and Empathy : Two Qualitatively Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences. *Journal of Personality*, 55(1), 19-39.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control : How and why people fail at self-regulation*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1994-98882-000&site=ehost-live>
- Beebe, B., Jaffe, J., Markese, S., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., ... Feldstein, S. (2010). The origins of 12-month attachment : A microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attachment & Human Development*, 12(1-2), 6-141. <https://doi.org/10.1080/14616730903338985>
- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice : An Empirical Investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.890>
- Betan, E. J., & Westen, D. (2009). Countertransference and personality pathology : Development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. Dans R. A. Levy & J. S. Ablon (Éd.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy : Bridging the gap between science and practice*. (p. 179-198). https://doi.org/10.1007/978-1-59745-444-5_8
- Billow, R. M. (2007). On refusal. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(4), 419-449. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2007.57.4.419>
- Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others : Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 14(4), 698-718. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.06.004>

- Bonuso, C. F. (2014). *Empathy in the clinical encounter : A study of situational and dispositional empathy levels as associated with clinical training and practice* (ProQuest Information & Learning). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2014-99060-305&site=ehost-live>
- Bowlby, J. (1976). Human personality development in an ethological light. Dans G. Serban & A. Kling (Éd.), *Animal models in human psychobiology*. (p. 27-36). https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2184-2_3
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds : I Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent Psychiatry*, 6, 5-33. Consulté à l'adresse psyh. (1982-00026-001)
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2003-00033-000&site=ehost-live>
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss : Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Bradley, R., Heim, A. K., & Westen, D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders : Empirical investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 342-349. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.342>
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory : Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 3-35. <https://doi.org/10.2307/3333824>
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships : Elaborating a central construct in attachment theory. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éd.), *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications*, 2nd ed. (p. 102-127). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2008-13837-005&site=ehost-live>
- Bruck, E., Winston, A., Aderholt, S., & Muran, J. C. (2006). Predictive Validity of Patient and Therapist Attachment and Introject Styles. *American Journal of Psychotherapy*, 60(4), 393-406. Consulté à l'adresse pbh.

- Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads : Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 638-656. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.006>
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25(4), 525-531. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525>
- Cassidy, J., & Mohr, J. J. (2001). Unsolvability fear, trauma, and psychopathology : Theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 275-298. <https://doi.org/10.1093/clipsy/8.3.275>
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression : A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.497>
- Chamberland, S. (2016). *L'épuisement professionnel chez le psychothérapeute : L'influence des vulnérabilités narcissiques* (Université de Sherbrooke). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00926a&AN=sudes.11143.8936&lang=fr&site=eds-live>
- Cheng, Y., Lin, C.-P., Liu, H.-L., Hsu, Y.-Y., Lim, K.-E., Hung, D., & Decety, J. (2007). Expertise modulates the perception of pain in others. *Current Biology: CB*, 17(19), 1708-1713. Consulté à l'adresse mnh. (17900903)
- Chused, J. F. (2012). The Analyst's Narcissism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 60(5), 899-915. <https://doi.org/10.1177/0003065112456290>
- Colli, A., & Ferri, M. (2015). Patient personality and therapist countertransference: *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 46-56. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000119>
- Colli, A., & Lingardi, V. (2009). The collaborative interactions scale : A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(6), 718-734. <https://doi.org/10.1080/10503300903121098>
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven : An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053-1073. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1053>

- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult Attachment, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.
- Critchfield, K. L., Henry, W. P., Castonguay, L. G., & Borkovec, T. D. (2007). Interpersonal process and outcome in variants of cognitive-behavioral psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63(1), 31-51. Consulté à l'adresse pbb.
- Cutler, R. L. (1958). Countertransference effects in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 22(5), 349-356. <https://doi.org/10.1037/h0044815>
- Cyranowski, J. M., Bookwala, J., Feske, U., Houck, P., Pilkonis, P., Kostelnik, B., & Frank, E. (2002). Adult attachment profiles, interpersonal difficulties, and response to interpersonal psychotherapy in women with recurrent major depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(2), 191-217. <https://doi.org/10.1521/jscp.21.2.191.22514>
- Dalenberg, C. J. (2004). Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger: Countertransference and complex trauma. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 438-447. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.438>
- Davis, M. H. (1980). *Individual differences in empathy: A multidimensional approach* (ProQuest Information & Learning). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1981-50664-001&site=ehost-live>
- Davis, M. H. (1983). Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 406-412. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Decety, J., & Lamm, C. (2009). Empathy versus personal distress: Recent evidence from social neuroscience. Dans J. Decety & W. Ickes (Éd.), *The social neuroscience of empathy*. (p. 199-213). <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0016>
- Decety, J., & Moriguchi, Y. (2007). The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: Implications for intervention across different clinical conditions. *BioPsychoSocial Medicine*, 1(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-1-22>

- Decety, J., Yang, C.-Y., & Cheng, Y. (2010). Physicians down-regulate their pain empathy response: An event-related brain potential study. *NeuroImage*, 50(4), 1676-1682. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.01.025>
- Di Pierro, R., Di Sarno, M., & Madeddu, F. (2017). Investigating the relationship between narcissism and emotion regulation difficulties : The role of grandiose and vulnerable traits. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 14(3), 209-215. Consulté à l'adresse psych. (2017-31745-003)
- Diamond, D., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Meehan, K. B., Cain, N. M., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2014). Change in attachment and reflective function in borderline patients with and without comorbid narcissistic personality disorder in transference focused psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 175-210. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880316>
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 227-259. <https://doi.org/10.1521/bumc.67.3.227.23433>
- Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). Interpersonal Analysis of Grandiose and Vulnerable Narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 188-207. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.188.22146>
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy : A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237-248. <https://doi.org/10.1037/a0022425>
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient Attachment Orientation and the Early Working Alliance-A Study of Patient and Therapist Reports of Alliance Quality and Ruptures. *Psychotherapy Research*, 10(4), 421-434. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.4.421>
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 665. Consulté à l'adresse pbh.
- Eisenberg, N., & Eggum, N. D. (2009). Empathic responding : Sympathy and personal distress. Dans J. Decety & W. Ickes (Éd.), *The social neuroscience of empathy* (MIT Press, p. 71-83). Cambridge, MA.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Knafo-Noam, A. (2015). Prosocial development. Dans M. E. Lamb & R. M. Lerner (Éd.), *Handbook of child psychology and developmental science : Socioemotional processes.*, Vol. 3, 7th ed. (p. 610-656). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2015-15586-015&site=ehost-live>

- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 399-410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. <https://doi.org/10.1037/10725-000>
- Eubanks, C. F., Burckell, L. A., & Goldfried, M. R. (2018). Clinical consensus strategies to repair ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 60-76. <https://doi.org/10.1037/int0000097>
- Eubanks, C. F., J Christopher Muran, & Safran, J. D. (2015). *RUPTURE RESOLUTION RATING SYSTEM (3RS) : MANUAL*. <https://doi.org/10.13140/2.1.1666.8488>
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 317-328. <https://doi.org/10.1037/a0032258>
- Farber, B. A., & Metzger, J. A. (2009). The therapist as secure base. Dans J. H. Obegi & E. Berant (Éd.), *Attachment theory and research in clinical work with adults*. (p. 46-70). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2009-02347-003&site=ehost-live>
- Fiedler, F. E. (1951). A method of objective quantification of certain counter-transference attitudes. *Journal of Clinical Psychology*, 7, 101-107. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(195104\)7:2<101::AID-JCLP2270070202>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1097-4679(195104)7:2<101::AID-JCLP2270070202>3.0.CO;2-Y)
- Finell, J. S. (1985). Narcissistic problems in analysts. *The International Journal of Psychoanalysis*, 66(4), 433-445. Consulté à l'adresse psych. (1991-57633-001)
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2002-17653-000&site=ehost-live>
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function : Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001399>
- Fonagy, P., Target, M., & Bateman, A. (2010). The mentalization based approach to psychotherapy for borderline personality disorder. Dans P. Williams (Éd.), *The psychoanalytic therapy of severe disturbance*. (p. 35-80). Consulté à l'adresse

<http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2010-13836-003&site=ehost-live>

- Foreman, S. A., & Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 142(8), 922-926. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.8.922>
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing Moderator and Mediator Effects in Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 115-134. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.115>
- Funder, D. C., & Harris, M. J. (1986). On the several facets of personality assessment : The case of social acuity. *Journal of Personality*, 54(3), 528-550. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1986.tb00411.x>
- Gabbard, G. O. (1989). Two subtypes of narcissistic personality disorder. *Bulletin Of The Menninger Clinic*, 53(6), 527-532. Consulté à l'adresse mnh. (2819295)
- Gabbard, G. O. (2001). A Contemporary Psychoanalytic Model of Countertransference. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 983-991. Consulté à l'adresse pbh.
- Gabbard, G. O. (2013). Countertransference issues in the treatment of pathological narcissism. Dans J. S. Ogrodniczuk (Éd.), *Understanding and treating pathological narcissism*. (p. 207-217). <https://doi.org/10.1037/14041-012>
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship : Theory, research, and practice*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1998-06295-000&site=ehost-live>
- Gelso, C. J., Hill, C. E., Mohr, J. J., Rochlen, A. B., & Zack, J. (1999). Client and Counselor Trainee Attachment as Predictors of Session Evaluation and Countertransference Behavior in First Counseling Sessions. *Journal of Counseling Psychology*, 46(2), 257-267. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.46.2.257>
- Gilet, A.-L., Mella, N., Studer, J., Grünh, D., & Labouvie-Vief, G. (2013). Assessing dispositional empathy in adults : A French validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 45(1), 42-48. <https://doi.org/10.1037/a0030425>
- Glickauf-Hughes, C., & Mehlman, E. (1995). Narcissistic issues in therapists : Diagnostic and treatment considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(2), 213-221. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.32.2.213>

- Goldman, G. A., & Anderson, T. (2007). Quality of object relations and security of attachment as predictors of early therapeutic alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 54(2), 111-117. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.2.111>
- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2016). Fluctuation between grandiose and vulnerable narcissism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(4), 363-371. <https://doi.org/10.1037/per0000181>
- Goulding, M. M., & McClendon, R. (1988). The self-contained therapist. *Psychotherapy Patient*, 4(3-4), 29-37. https://doi.org/10.1300/J358v04n03_04
- Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 16(2), 106-117. <https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330702>
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 380-384. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.380>
- Greenson, R. R. (1960). Empathy and its vicissitudes. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41, 418-424. Consulté à l'adresse psych. (1962-01298-001)
- Grotstein, J. S. (2001). Some Reflections on the Psychoanalytic Theory of Motivation : Toward a Theory of Entelechy. *Psychoanalytic Inquiry*, 21(5), 572-588. Consulté à l'adresse pbb.
- Gunderson, J. G. (2001). *Borderline personality disorder : A clinical guide*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2001-00992-000&site=ehost-live>
- Halewood, A., & Tribe, R. (2003). What is the prevalence of narcissistic injury among trainee counselling psychologists? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(1), 87-102. <https://doi.org/10.1348/14760830260569274>
- Hardy, A. G. (1979). Rescue vs contract in defining therapist growth. *Psychoanalytic Review*, 66(1), 69-78. Consulté à l'adresse psych. (1991-57444-001)
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis : A regression-based approach*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2013-21121-000&site=ehost-live>
- Hayes, J. A. (2004). The Inner World of the Psychotherapist : A Program of Research on

- Countertransference. *Psychotherapy Research*, 14(1), 21-36.
<https://doi.org/10.1093/ptr/kph002>
- Hayes, J., Riker, J., & Ingram, K. (1997). Countertransference Behavior and Management in Brief Counseling: A Field Study. *Psychotherapy Research*, 7(2), 145-153.
<https://doi.org/10.1080/10503309712331331933>
- Hayes, Jeffrey A. (1995). Countertransference in group psychotherapy: Waking a sleeping dog. *International Journal of Group Psychotherapy*, 45(4), 521-535. Consulté à l'adresse psych. (1998-04307-005)
- Hayes, Jeffrey A, & Gelso, C. J. (2001). Clinical Implications of Research on Countertransference: Science Informing Practice. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 57(8), 1041-1051.
- Hayes, Jeffrey A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48(1), 88-97. <https://doi.org/10.1037/a0022182>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-analysis*, 31, 81-84.
- Hendin, H. M., & Cheek, J. M. (1997). Assessing Hypersensitive Narcissism: A Reexamination of Murray's Narcism Scale. *Journal of Research in Personality*, 31(4), 588-599. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1997.2204>
- Hertsgaard, L., Gunnar, M., Erickson, M. F., & Nachmias, M. (1995). Adrenocortical responses to the Strange Situation in infants with disorganized/disoriented attachment relationships. *Child Development*, 66(4), 1100-1106. <https://doi.org/10.2307/1131801>
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J., & Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 207-217.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.2.207>
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Cogar, M. C., & Denman III, D. W. (1993). Beneath the Surface of Long-Term Therapy: Therapist and Client Report of Their Own and Each Other's Covert Processes. *The American Psychological Association*, 40(3), 10.
- Hilsenroth, M. J., Cromer, T. D., & Ackerman, S. J. (2012). How to make practical use of therapeutic alliance research in your clinical work. Dans R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Éd.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and*

- practice-based evidence*. (p. 361-380). https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_22
- Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K.-P., Sørbye, Ø., Sjaastad, M. C., & Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy : An experimental study of transference interpretations. *The American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1739-1746. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.10.1739>
- Hollidge, C. F., & Hollidge, E. O. (2016). Seeking Security in the Face of Fear : The Disorganized Dilemma. *Psychoanalytic Social Work*, 23(2), 130-144. <https://doi.org/10.1080/15228878.2016.1171789>
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and Borderline Personality Disorder : A clinical perspective. *Attachment & Human Development*, 6(2), 181-190. <https://doi.org/10.1080/14616730410001688202>
- Holmes, J. (2010). *Exploring in security : Towards an attachment-informed psychoanalytic psychotherapy*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2009-19967-000&site=ehost-live>
- Holmes, J. (2013). An Attachment Model of Depression : Integrating Findings from the Mood Disorder Laboratory. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 76(1), 68-86. Consulté à l'adresse pbh.
- Ivey, G. (1995). Interactional Obstacles to Empathic Relating in the Psychotherapy of Narcissistic Disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 49(3), 350-370.
- Keller, U., & Schneider, R. (1976). Specific problems in the initial phase of psychoanalytic training. *Dynamische Psychiatrie*, 9(1), 12-39. Consulté à l'adresse psyh. (1978-12973-001)
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. (Jason Aronson.). New York, NY.
- Kernberg, O. F. (1976). Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24(4), 795-829. <https://doi.org/10.1177/000306517602400403>
- Kernberg, O. F. (1986). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1993-97875-000&site=ehost-live>

- Kernberg, O. F. (1998). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder : Theoretical background and diagnostic classification. Dans E. F. Ronningstam (Éd.), *Disorders of narcissism : Diagnostic, clinical, and empirical implications*. (p. 29-51). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1997-36386-002&site=ehost-live>
- Kernberg, O. F. (2003). The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy of borderline patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(2), 517-545. <https://doi.org/10.1177/00030651030510021101>
- Kernberg, O. F. (2009). Narcissistic personality disorders : Part 1. *Psychiatric Annals*, 39(3), 105-107. <https://doi.org/10.3928/00485713-20090301-04>
- Khan, M. M. (1974). *The privacy of the self: Papers on psychoanalytic theory and technique*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1974-32988-000&site=ehost-live>
- Kiesler, D. J. (2001). Therapist Countertransference : In Search of Common Themes and Empirical Referents. *Journal of Clinical Psychology*, 57(8), 1053-1063. Consulté à l'adresse pbh.
- Kim, H., & Han, S. (2018). Does personal distress enhance empathic interaction or block it? *Personality and Individual Differences*, 124, 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.12.005>
- Klimecki, O., & Singer, T. (2012). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. Dans B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Éd.), *Pathological altruism*. (p. 368-383). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2012-04471-028&site=ehost-live>
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in Late Adolescence : Working Models, Affect Regulation, and Representations of Self and Others. *Child Development*, 59(1), 135-146. Consulté à l'adresse pbh.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2009-16139-000&site=ehost-live>
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. Consulté à l'adresse

<http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2009-16135-000&site=ehost-live>

Kohut, H. (1984). Introspection, empathy, and semicircle of mental health. *Emotions & Behavior Monographs*, Mo 3, 347-375. Consulté à l'adresse psych. (1987-35173-001)

Kohut, H. (1990). The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders : Outline of a systematic approach. Dans A. H. Esman (Éd.), *Essential papers on transference*. (p. 455-479). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1990-98308-026&site=ehost-live>

Kohut, H. (2010). On empathy. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 5(2), 122-131. Consulté à l'adresse psych. (2010-07556-002)

Kohut, H., & Wolf, E. S. (1992). The disorders of the self and their treatment. Dans D. Capps & R. K. Fenn (Éd.), *Individualism reconsidered : Readings bearing on the endangered self in modern society*. (p. 315-327). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1992-98597-009&site=ehost-live>

Krause, M., De La Parra, G., Arístegu, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... Ben-Dov, P. (2007). The evolution of therapeutic change studied through generic change indicators. *Psychotherapy Research*, 17(6), 673-689. <https://doi.org/10.1080/10503300601158814>

Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance : The therapist's contribution. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 3-11. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.1.3>

Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment : Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472-486. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.472>

Liotti, G. (2009). Attachment and dissociation. Dans P. F. Dell & J. A. O'Neil (Éd.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. (p. 53-65). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2008-03212-004&site=ehost-live>

Liotti, G. (2013). Phobias of attachment-related inner states in the psychotherapy of adult survivors of childhood complex trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 69(11), 1136-1147. <https://doi.org/10.1002/jclp.22041>

- Liotti, G., & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities : Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 9-25. Consulté à l'adresse psych. (2011-19074-002)
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization : Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éd.), *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications.*, 2nd ed. (p. 666-697). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2008-13837-029&site=ehost-live>
- Main, M. (1995a). Recent studies in attachment : Overview, with selected implications for clinical work. Dans S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Éd.), *Attachment theory : Social, developmental, and clinical perspectives*. (p. 407-474). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=1995-99050-013&site=ehost-live>
- Main, M. (1995b). Recent studies in attachment : Overview, with selected implications for clinical work. Dans S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Éd.), *Attachment theory : Social, developmental, and clinical perspectives*. (p. 407-474). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=1995-99050-013&site=ehost-live>
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. Dans T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Éd.), *Affective development in infancy*. (p. 95-124). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=1986-97821-005&site=ehost-live>
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éd.), *Attachment in the preschool years : Theory, research, and intervention*. (p. 121-160). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=1990-98514-004&site=ehost-live>
- McClure, B. A., & Hodge, R. W. (1987). Measuring countertransference and attitude in therapeutic relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3), 325-335. <https://doi.org/10.1037/h0085723>
- Mellado, A., Suárez, N., Altimir, C., Martínez, C., Pérez, J., Krause, M., & Horvath, A. (2017). Disentangling the change–alliance relationship : Observational assessment of the therapeutic alliance during change and stuck episodes. *Psychotherapy Research*,

27(5), 595-607. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1147657>

- Mikulincer, M., Gillath, O., Halevy, V., Avihou, N., Avidan, S., & Eshkoli, N. (2001). Attachment theory and reactions to others' needs : Evidence that activation of the sense of attachment security promotes empathic responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(6), 1205-1224. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.6.1205>
- Mikulincer, M., & Shaver, Phillip R. (2007). Reflections on Security Dynamics : Core Constructs, Psychological Mechanisms, Relational Contexts, and the Need for an Integrative Theory. *Psychological Inquiry*, 18(3), 197-209. Consulté à l'adresse pbh.
- Miller, A. (1979). The drama of the gifted child and the psycho-analyst's narcissistic disturbance. *The International Journal of Psychoanalysis*, 60(1), 47-58. Consulté à l'adresse psych. (1991-57516-001)
- Miller, A. (1997). *The drama of the gifted child : The search for the true self*. New York, NY: Basic Books.
- Mordecai, E. M. (1991). A Classification of Empathic Failures for Psychotherapists and Supervisors. *Psychoanalytic Psychology*, 8(3), 251-262.
- Morken, K., Karterud, S., & Arefjord, N. (2014). Transforming disorganized attachment through mentalization-based treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 44(2), 117-126. <https://doi.org/10.1007/s10879-013-9246-8>
- Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 357-373.
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2011). Interaction between alliance and technique in predicting patient outcome during psychodynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(6), 384-389. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821cd28a>
- Peabody, S. A., & Gelso, C. J. (1982). Countertransference and Empathy : The Complex Relationship Between Two Divergent Concepts in Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 29(3), 240-245.
- Pincus, A. L. (2013). The Pathological Narcissism Inventory. Dans J. S. Ogrodniczuk (Éd.), *Understanding and treating pathological narcissism*. (p. 93-110). <https://doi.org/10.1037/14041-006>
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G. C., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory.

- Psychological Assessment*, 21(3), 365-379. <https://doi.org/10.1037/a0016530>
- Pincus, A. L., Cain, N. M., & Wright, A. G. C. (2014). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(4), 439-443. <https://doi.org/10.1037/per0000031>
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological Narcissism and Narcissistic Personality Disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 421-446. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215>
- Pion, M., & Viel, É. (2013). *Validation canadienne-française du Toronto Empathy Questionnaire*. Travail de session présenté à Nicolas Plante comme exigence partielle du cours psychométrie (PSY472). Document inédit.
- Piper, W. E., Azim, H. F., Joyce, A. S., & McCallum, M. (1991). Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 48(10), 946-953. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810340078010>
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G., & Steinberg, P. I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 114-122. <https://doi.org/10.1037/h0087787>
- Preston, S. D., & de Waal, F. B. M. (2001). Empathy : Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25(01). <https://doi.org/10.1017/S0140525X02000018>
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- Racker, H. (1982). *Transference and countertransference*. London, UK: Karnac Books.
- Rankin, K. P., Kramer, J. H., & Miller, B. L. (2005). Patterns of Cognitive and Emotional Empathy in Frontotemporal Lobar Degeneration. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 18(1), 28-36. <https://doi.org/10.1097/01.wnn.0000152225.05377.ab>
- Regan, A. M., & Hill, C. E. (1992). Investigation of What Clients and Counselors Do Not Say in Brief Therapy. *The American Psychological Association*, 39(2), 168-174.
- Reich, A. (1960). Further remarks on countertransference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41, 389-395. Consulté à l'adresse psych. (1962-01307-001)
- Reis, S., & Grenyer, B. F. S. (2004). Fearful attachment, working alliance and treatment response for individuals with major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(6), 414-424. Consulté à l'adresse pbh.

- Remen, N., May, R., Young, D., & Berland, W. (1985). The Wounded Healer. *Saybrook Review*, 5(1), 84-93. Consulté à l'adresse psych. (1988-08026-001)
- Rennie, D. L. (1994). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 427-437. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.4.427>
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliott, R. (1994). *Client Retrospective Recall of Resolved and Unresolved Misunderstanding Events*. 11.
- Riess, H. (2012). Neurobiological correlates of the psychotherapy relationship and EMPATHY: The role of biomarkers in psychotherapy. Dans R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Éd.), *Psychodynamic psychotherapy research : Evidence-based practice and practice-based evidence*. (p. 283-300). https://doi.org/10.1007/978-1-60761-792-1_17
- Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., ... Roepke, S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 241-247. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.013>
- Ronningstam, E. (2009). Narcissistic Personality Disorder : Facing DSM-V. *Psychiatric Annals*, 39(3), 111-121. <https://doi.org/10.3928/00485713-20090301-09>
- Ronningstam, E. F. (2005). *Identifying and understand the narcissistic personality*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2005-05680-000&site=ehost-live>
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom : A critical review of psychotherapy research*, 2nd ed. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2005-03000-000&site=ehost-live>
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist Empathy and Depth of Interpretation in Response to Potential Alliance Ruptures : The Role of Therapist and Patient Attachment Styles. *Psychotherapy Research*, 10(4), 408-420. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.4.408>
- Russ, E., & Shedler, J. (2013). Defining narcissistic subtypes. Dans J. S. Ogradniczuk (Éd.), *Understanding and treating pathological narcissism*. (p. 29-43). <https://doi.org/10.1037/14041-002>
- Saatsi, S., Hardy, G. E., & Cahill, J. (2007). Predictors of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 185-195.

<https://doi.org/10.1080/10503300600779420>

- Safran, J. D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance : An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(1), 11-24. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.1.11>
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments : A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381-387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 159-161. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2<159::AID-JCLP2>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<159::AID-JCLP2>3.0.CO;2-D)
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286-291. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.286>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011a). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures : A task analytic investigation. Dans A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Éd.), *The working alliance : Theory, research, and practice*. (p. 225-255). Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1994-97518-010&site=ehost-live>
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Shaker, A. (2014). Research on Therapeutic Impasses and Ruptures in the Therapeutic Alliance. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 211-232. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880318>
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1990-97853-000&site=ehost-live>
- Sandler, J., & Rosenblatt, B. (1962). The concept of the representational world. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 17, 128-145. Consulté à l'adresse psyh. (1964-08770-001)
- Satterfield, W. A., & Lyddon, W. J. (1998). Client attachment and the working alliance. *Counselling Psychology Quarterly*, 11(4), 407. Consulté à l'adresse pbh.

- Schafer, R. (1959). Generative empathy in the treatment situation. *The Psychoanalytic Quarterly*, 28, 342-373. Consulté à l'adresse psych. (1960-04354-001)
- Schipper, M., & Petermann, F. (2013). Relating empathy and emotion regulation : Do deficits in empathy trigger emotion dysregulation? *Social Neuroscience*, 8(1), 101-107. <https://doi.org/10.1080/17470919.2012.761650>
- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2(1), 23-47. <https://doi.org/10.1080/146167300361309>
- Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two systems for empathy : A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132(3), 617-627. <https://doi.org/10.1093/brain/awn279>
- Shaver, P. R., & Clark, C. L. (1994). The psychodynamics of adult romantic attachment. Dans J. M. Masling & R. F. Bornstein (Ed.), *Empirical perspectives on object relations theory*. (p. 105-156). <https://doi.org/10.1037/11100-004>
- Shilkret, C. J. (2005). Some Clinical Applications of Attachment Theory in Adult Psychotherapy. *Clinical Social Work Journal*, 33(1), 55-68. <https://doi.org/10.1007/s10615-005-2619-z>
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind : Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=1999-02501-000&site=ehost-live>
- Smolewska, K., & Dion, K. L. (2005). Narcissism and Adult Attachment : A Multivariate Approach. *Self and Identity*, 4(1), 59-68. <https://doi.org/10.1080/13576500444000218>
- Spreng, R. N., McKinnon, M. C., Mar, R. A., & Levine, B. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire : Scale Development and Initial Validation of a Factor-Analytic Solution to Multiple Empathy Measures. *Journal of Personality Assessment*, 91(1), 62-71. <https://doi.org/10.1080/00223890802484381>
- Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., & Steele, H. (2010). Mental Representation and Change : Developing Attachment Relationships in an Adoption Context. *Psychoanalytic Inquiry*, 30(1), 25-40. Consulté à l'adresse pbh.
- Stern, Barry L., Caligor, E., Clarkin, John F., Critchfield, Kenneth L., Horz, S., MacCornack, V., ... Kernberg, Otto F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO) : Preliminary Psychometrics in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 35-44. Consulté à l'adresse pbh.

- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., & Winston, A. (2007). Levels and Patterns of the Therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(2), 109-129. Consulté à l'adresse pbh.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., ... Barkham, M. (2004a). Patterns of Alliance Development and the Rupture-Repair Hypothesis: Are Productive Relationships U-Shaped or V-Shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81-92. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.81>
- Stone-Romero, E. F., Alliger, G. M., & Aguinis, H. (1994). Type II error problems in the use of moderated multiple regression for the detection of moderating effects of dichotomous variables. *Journal of Management*, 20(1), 167-178. <https://doi.org/10.1177/014920639402000109>
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., ... Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.337>
- Sussman, M. B. (1992). *A curious calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1992-97375-000&site=ehost-live>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics, 5th ed.* Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2006-03883-000&site=ehost-live>
- Taber, B. J., Leibert, T. W., & Agaskar, V. R. (2011). Relationships among client-therapist personality congruence, working alliance, and therapeutic outcome. *Psychotherapy*, 48(4), 376-380. <https://doi.org/10.1037/a0022066>
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324. Consulté à l'adresse pbh.
- Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1989-97388-000&site=ehost-live>

- Tanzilli, A., Colli, A., Del Corno, F., & Lingiardi, V. (2016). Factor structure, reliability, and validity of the Therapist Response Questionnaire. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(2), 147-158. <https://doi.org/10.1037/per0000146>
- Tennen, H., Affleck, G., & Armeli, S. (2005). Personality and Daily Experience Revisited. *Journal of Personality*, 73(6), 1465-1484. Consulté à l'adresse pbh.
- Thomson, P. G. (1993). The influence of the analyst's narcissistic vulnerability on his work. *Psychoanalytic Inquiry*, 13(3), 348-364. <https://doi.org/10.1080/07351699309533946>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française = Toward a methodology for the transcultural validation of psychological questionnaires : Implications for research in the French language. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680. <https://doi.org/10.1037/h0079856>
- Wai, M., & Tiliopoulos, N. (2012). The affective and cognitive empathic nature of the dark triad of personality. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 794-799. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.008>
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. Consulté à l'adresse <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2007-05421-000&site=ehost-live>
- Westen, D., Nakash, O., Thomas, C., & Bradley, R. (2006). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1065-1085. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1065>
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the counter-transference. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3(4), 348-356.
- Zelenko, M., Kraemer, H., Huffman, L., Gschwendt, M., Pageler, N., & Steiner, H. (2005). Heart Rate Correlates of Attachment Status in Young Mothers and Their Infants. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(5), 470-476. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000157325.10232.b1>

Appendice A

Lettre de présentation du projet de recherche

Texte d'invitation à participer au projet d'étude

L'INFLUENCE DE LA PERSONNALITÉ DU THÉRAPEUTE SUR SES CAPACITÉS EMPATHIQUES

Nous sollicitons votre participation pour une étude en psychologie afin de mieux comprendre les aspects de la personnalité du thérapeute qui influencent son empathie. Cette étude se déroule à l'Université de Sherbrooke.

Vous êtes invité(e) à participer à l'étude en complétant des questionnaires sous forme électronique en cliquant sur l'hyperlien ci-bas. Il vous faudra entre 60 et 75 minutes pour répondre aux questionnaires. Il est possible d'enregistrer vos réponses et terminer de répondre aux questionnaires plus tard si vous en ressentez le besoin. Nous sollicitons des individus pratiquant la psychothérapie dans le cadre de leur profession ou de leur formation académique au programme doctoral d'internat en psychologie clinique. Les psychothérapeutes doivent pratiquer ou étudier en territoire québécois.

Votre participation à cette étude pourrait vous permettre d'amorcer une réflexion sur votre pratique clinique et favoriser une démarche introspective sur votre fonctionnement et votre rôle en tant que thérapeute.

Vous pouvez répondre directement aux questionnaires via l'hyperlien ou contacter Marie-Céline Vallerand-Roy par courriel. Vous pourrez ainsi participer à l'avancement des connaissances sur les déterminants de l'empathie des thérapeutes.

Merci de votre participation,

Marie-Céline Vallerand-Roy
Doctorante en psychologie à l'Université de Sherbrooke

Dirigée par Olivier Laverdière
Professeur,
Département de psychologie, Université de Sherbrooke

Appendice B
Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche qui vise à étudier certaines variables de la personnalité du thérapeute sur ses capacités empathiques. Ce formulaire vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. N'hésitez pas à nous écrire à l'adresse courriel ci-bas si vous avez des questions sur le déroulement ou la nature de cette recherche. Si vous décidez de participer à cette étude, vous devez l'indiquer à la fin de ce document en cliquant sur le bouton «j'accepte». Prenez tout le temps nécessaire pour prendre votre décision.

TITRE DU PROJET

L'influence de la personnalité du thérapeute sur ses capacités empathiques

RESPONSABLES DU PROJET

Les responsables du projet sont Marie-Céline Vallerand-Roy, étudiante en psychologie au doctorat clinique de l'Université de Sherbrooke, et Olivier Laverdière, professeur au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Si vous avez des questions ou si vous rencontrez un problème relié à cette recherche, vous pouvez contacter Marie-Céline Vallerand-Roy et Olivier Laverdière par courriel.

OBJECTIFS DU PROJET ET NATURE DE LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE

L'objectif de cette recherche est de vérifier l'existence de liens entre la personnalité du thérapeute et ses capacités empathiques, et ce dans un contexte de rupture thérapeutique.

RAISON ET NATURE DE LA PARTICIPATION

Dans le cadre de cette étude, nous sollicitons la participation de tous psychothérapeutes avec une pratique professionnelle et détenant une accréditation de leur région autorisant la pratique de la psychothérapie ou des étudiants qui pratiquent la psychothérapie dans le cadre d'un programme doctoral en psychologie. Pour participer, vous devrez également pouvoir identifier un suivi thérapeutique difficile dans lequel vous avez vécu une ou plusieurs ruptures thérapeutiques au cours.

La participation à l'étude implique de répondre à un questionnaire sociodémographique et à des questionnaires mesurant l'empathie, le narcissisme, l'attachement, le contre-transfert et la régulation émotionnelle. À cela s'ajoute deux questionnaires mesurant l'attachement de votre client et la sévérité de sa pathologie. La participation à cette étude vous demandera entre 60 et 75 minutes. Ces questionnaires se remplissent sur la plateforme de simplesondage. Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez décider d'enregistrer vos réponses et terminer de répondre aux questionnaires plus tard. Il suffit d'appuyer sur l'onglet «enregistrer et continuer plus tard» situé en bas de la page. Vous pourrez ensuite revenir à vos questionnaires en cliquant sur le lien unique qui vous a été envoyé par courriel et qui vous a dirigé sur cette page.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION

Votre participation à cette étude permet d'améliorer les connaissances scientifiques dans le domaine de la clinique en psychologie. Plus particulièrement, elle permettra de mieux comprendre les facteurs et processus qui influencent l'empathie du thérapeute. Sur le plan professionnel, elle vous permet de réfléchir à votre pratique professionnelle notamment en ce qui concerne vos capacités empathiques dans un moment de rupture avec votre client.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Il n'y a pas d'inconvénient majeur à participer à cette étude, si ce n'est le fait de donner de votre temps. Cependant, répondre à des questionnaires concernant certains aspects de votre fonctionnement personnel et professionnel pourrait susciter des émotions difficiles ou déstabilisantes. De plus, réfléchir à votre empathie pendant un moment de rupture thérapeutique peut également susciter des questionnements importants concernant votre rôle de thérapeute. Nous vous rappelons que vous pouvez vous arrêter de répondre aux questionnaires à tout moment et que vos données seront effacées de la plateforme informatique. Vous pouvez également vous référer à la ligne Urgence-Détresse de votre CIUSSS en composant le 811 pour recevoir un soutien psychologique en cas de besoin.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

La participation à la présente recherche se fait sur une base volontaire. Vous pouvez donc décider de mettre fin à votre participation à tout moment et vos données seront supprimées de la plateforme informatique. Il sera cependant impossible de retirer vos données de l'étude une fois les questionnaires complétés et envoyés à la chercheuse principale puisque les questionnaires ne contiendront aucune donnée permettant de vous identifier. Lorsque vous appuierez sur l'onglet «soumettre», vos réponses seront envoyées à la chercheuse principale pour la présente recherche.

CONFIDENTIALITÉ, PARTAGE, SURVEILLANCE ET PUBLICATIONS

Les données recueillies lors de votre passation seront traitées de façon anonyme. Aucune information permettant d'identifier les participants ne sera demandée. Les données recueillies seront protégées par un mot de passe et conservées par voie informatique. Le mot de passe sera connu uniquement par la chercheuse principale et son directeur de recherche. Les données seront conservées pour un délai de 7 ans et seront ensuite détruites par la chercheuse principale. Si vous désirez participer à des recherches futures dirigées par Monsieur Olivier Laverdière, vous êtes invités à laisser vos coordonnées à la fin de la complétion des questionnaires. Cela ne vous engage en rien à participer à ces études. Si vous décidez de laisser vos coordonnées, celles-ci seront séparées de vos réponses, ce qui assure votre confidentialité.

Il est possible que les résultats finaux de cette étude fassent l'objet de communications scientifiques/professionnelles ou soient utilisées dans la réaction d'un article scientifique. Il est également possible que les données soient utilisées par d'autres chercheurs dans le cadre de recherche scientifique dirigée par Olivier Laverdière, professeur de l'Université de Sherbrooke. Aucune information permettant de vous identifier ne sera communiquée. Si les résultats de la recherche vous intéressent, vous pouvez contacter les responsables de la recherche pour en être informé.

RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Si vous souhaitez obtenir un résumé des résultats généraux de la recherche, veuillez contacter la chercheuse principale par courriel.

APPROBATION PAR LE COMITE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche - Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke a approuvé ce projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec ce comité au numéro de téléphone 819-821-8000 poste 62644 (ou sans frais au 1 800 267-8337) ou à l'adresse courriel cer_lsh@USherbrooke.ca.

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR OU DE LA CHERCHEUSE RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

Je, Marie-Céline Vallerand-Roy, chercheuse principale du projet de recherche, déclare que mon directeur de recherche, Monsieur Olivier Laverdière, et moi sommes responsables du déroulement du projet de recherche et nous engageons à respecter ce qui est énoncé dans ce document, à respecter l'anonymat des participants et à vous informer de toute modification éventuelle.

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

Je déclare :

- avoir lu et compris les informations indiquées dans le formulaire d'information et de consentement;
- consentir volontairement et librement à participer à ce projet de recherche;
- comprendre que je peux à tout moment cesser ma participation;
- comprendre que mes réponses seront traitées anonymement et qu'il sera impossible de m'identifier.
- accepter que mes données puissent être utilisées dans le cadre d'une présentation scientifique/professionnelle, pour la rédaction d'un article scientifique ou dans le cadre d'une autre recherche scientifique dirigée par Olivier Laverdière, professeur de l'Université de Sherbrooke.

Appendice C
Questionnaire sociodémographique psychologue

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE PSYCHOLOGUE

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations générales sur votre situation.

1. Vous êtes ?
 - Une femme
 - Un homme
2. Quel est votre âge ?
 - Moins de 25 ans
 - Entre 25 et 35 ans
 - Entre 35 et 45 ans
 - Entre 45-60 ans
 - Plus de 60 ans
3. Quel est votre statut conjugal ?
 - Célibataire
 - En couple
 - Conjoint (e) de fait
 - Marié (e)
 - Séparé (e)/Divorcé (e)
 - Veuf/ veuve
4. Quelle est votre approche théorique principale ?
 - Psychodynamique/Analytique
 - Humaniste/Existentielle
 - Cognitive-comportementale
 - Systémique
 - Autre : _____
5. En comptant vos années de stage et l'année actuelle, depuis combien d'années pratiquez-vous la psychothérapie ?
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 à 10 ans
 - Entre 10 à 15 ans
 - Entre 15 à 20 ans
 - Entre 20 à 25 ans
 - Entre 25 ans à 30 ans
 - Plus de 30 ans
6. Dans quel contexte pratiquez-vous la psychothérapie ?
 - Privé
 - Public (Centre hospitalier, CSLC)
 - Privé/Public
 - Programme d'aide aux employés (PAE)
 - Autre (Veuillez préciser) _____
7. Combien de rencontres de thérapie avez-vous en moyenne par semaine
 - Moins de 5

Entre 5 et 10
Entre 10 et 15
Entre 15 et 20
Plus de 25

8. Avez-vous consulté en psychologie ?
Non
Oui
9. Consultez-vous présentement en thérapie ?
Non
Oui
10. Participez-vous à des rencontres de supervision ?
Non
Oui

Appendice D
Questionnaire socio-démographique client

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE CLIENT

Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations générales sur la situation de votre client.

1. Vous êtes ?
 - Une femme
 - Un homme
2. Quel est l'âge de votre client ?
 - Moins de 12 ans
 - Entre 12 et 17 ans
 - Entre 18 et 24 ans
 - Entre 25 et 34 ans
 - Entre 35 et 44 ans
 - Entre 45 et 60 ans
 - Plus de 60 ans
3. Quel est votre statut conjugal ?
 - Célibataire
 - En couple
 - Conjoint (e) de fait
 - Marié (e)
 - Séparé (e)/Divorcé (e)
 - Veuf/ veuve
 - Ne s'applique pas
4. Quel est le contexte professionnel de votre client ?
 - Emploi temps plein
 - Emploi temps partiel
 - Arrêt de travail
 - Congé temporaire (p.ex. maternité)
 - Sans emploi
 - Étudiant
 - Autre
5. La thérapie avec ce client a débuté il y a :
 - Moins de 3 mois
 - Entre 3 et 5 mois
 - Entre 6 et 11 mois
 - Entre 12 et 23 mois
 - Plus de 24 et 36 mois
 - Plus de 36 mois
6. Quel est le dénouement du moment de rupture
 - Rupture menant à une résolution positive (poursuite de la thérapie et amélioration de l'alliance)
 - Rupture menant à une résolution négative (poursuite de la thérapie menant à une diminution de la qualité de l'alliance)
 - Rupture menant à une terminaison

Appendice E
Questionnaire d'attachement adulte

Ces pages ont été retirées par respect pour le droit d'auteur

Appendice F
Questionnaire du contre-transfert

Ces pages ont été retirées par respect pour le droit d'auteur

Appendice G
Compréhension empathique

Ces pages ont été retirées par respect pour le droit d'auteur

Appendice H
Questionnaire d'empathie de Toronto

Ces pages ont été retirées par respect pour le droit d'auteur

Appendice I
L'indice de réactivité interpersonnelle

Ces pages ont été retirées par respect pour le droit d'auteur

Appendice J
Échelle du narcissisme hypersensible

Ces pages ont été retirées par respect pour le droit d'auteur